



E U T A N A S I A

LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MUERTE: UNA APROXIMACIÓN JURÍDICA PLURIDISCIPLINAR

Autora: Anna Castán Moros
Directora: Margarita Bonet i Esteva
Trabajo Final de Grado —4º curso
Grado de Derecho
Fecha de entrega: 15/05/2015

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. LA EUTANASIA EN EL DERECHO PENAL ESPAÑOL	8
1. CUESTIONES PREVIAS	8
2. LA EUTANASIA EN EL CÓDIGO PENAL	11
2.1 EL BIEN JURÍDICO PROTEGIDO: LA «VIDA HUMANA»	11
2.2 EL FIN DE LA VIDA HUMANA. UNA CUESTIÓN PROBLEMÁTICA	11
2.3 REGULACIÓN PREVIA Y PRINCIPALES NOVEDADES	13
3. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 143.4 CP	18
3.1 LA DISCUSIÓN PARLAMENTARIA	18
3.2 LOS REQUISITOS DEL TIPO	19
3.2.1 Requisito (I). La petición del enfermo	21
3.2.2 Requisito (II). La enfermedad grave	22
3.2.3 Requisito (III). Conducta activa y directa	24
4. SUPUESTOS PROBLEMÁTICOS FUERA DEL ART. 143.4 CP	25
4.1 LA EUTANASIA PASIVA Y LA PROBLEMÁTICA DE LA DESCONEXIÓN: ¿ACCIÓN U OMISIÓN?	26
4.2 OTROS SUPUESTOS	28
CAPÍTULO II. LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MUERTE	29
1. EL CONCEPTO DE DIGNIDAD	29
1.1 LA DIGNIDAD HUMANA	30

1.2 LA DIGNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA BIOMEDICINA	30
2. LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MUERTE	32
2.1 LA PROBLEMÁTICA CONCEPTUAL DE LA «MUERTE DIGNA»	33
2.2 MUERTE DIGNA Y DERECHO A LA MUERTE	34
3. EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN LOS ESTATUTOS DE AUTONOMÍA. EL PROYECTO DE LEY DE 2011	35
3.1 LOS ESTATUTOS DE AUTONOMÍA Y LAS LEYES AUTONÓMICAS	35
3.2 EL PROYECTO DE LEY DE 2011	38
4. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. LAS INSTRUCCIONES PREVIAS	39
4.1 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
4.2 LAS INSTRUCCIONES PREVIAS	41
5. LA NEGATIVA A RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA. LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO	42
5.1 LA NEGATIVA A RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA	42
5.2 LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO	45
6. LOS CUIDADOS PALIATIVOS	47
6.1 CONCEPTO	47
6.2 LA SEDACIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS	49
 CAPÍTULO III. EUTANASIA Y DERECHO COMPARADO	 51
1. FRANCIA	52
1.1 LA OBLIGATORIEDAD DE LAS DIRECTIVES ANTICIPÉES	55
1.2 LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO	56
1.3 RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A NO SUFRIR	57

1.4 RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA SEDACIÓN TERMINAL	58
2. HOLANDA	61
2.1 PLANTEAMIENTO GENERAL	61
2.2 SUPUESTOS ESPECÍFICOS	65
2.2.1 Estados de semi-inconsciencia	66
2.2.2 La demencia	67
2.2.3 Menores de edad y neonatos	67
3. CANADÁ: LA SENTENCIA CARTER v. CANADA	70
3.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN	70
3.2 PRECEPTOS OBJETO DE IMPUGNACIÓN	71
3.3 RAZONAMIENTO DEL TRIBUNAL SUPREMO DE CANADÁ	74
3.3.1 La Sección 7 de la Carta	74
3.3.2 ¿La prohibición del CPCan se ampara en los principios de justicia fundamental?	76
3.3.3 ¿La prohibición del CPCan se ampara en la Sección 1 de la Carta?	77
3.4 FALLO DEL TRIBUNAL SUPREMO DE CANADÁ	78
CONCLUSIONES	79
ANEXOS	82
ANEXO I	83
ANEXO II	90
ANEXO III	95
ANEXO IV	96
ANEXO V	100
ANEXO VI	103
ANEXO VII	104
ANEXO VIII	105
BIBLIOGRAFÍA	110

RESUMEN

La eutanasia puede parecer un tema recurrente, pero en este caso he querido darle un nuevo enfoque más interdisciplinar, alejado de los estudios más dogmáticos que, probablemente, sería la perspectiva que habitualmente se adoptaría en una clase de Derecho Penal del grado de Derecho.

La disponibilidad de la propia vida, la dignidad y la autonomía de la persona son instituciones jurídicas que cuando el individuo entra en el denominado «proceso de muerte» o «momento de la muerte» pueden verse mermadas en múltiples sentidos. Para ello, se servirá también del análisis de distintos ordenamientos jurídicos.

En el presente trabajo intentaré esclarecer no sólo la regulación penal sino también estudiar cómo se afrontan en la vida real estas situaciones complejas y delicadas que, desgraciadamente, cada vez son más habituales, así como también apuntar qué es lo que el legislador ha hecho al respecto.

L'eutanàsia pot semblar un tema recurrent, però en aquest cas he volgut donar-li una visió més interdisciplinària, allunyada dels estudis més dogmàtics que, de ben segur, seria el punt de partida en una classe de Dret Penal del grau de Dret.

La disponibilitat de la pròpia vida, la dignitat i l'autonomia de la persona són institucions jurídiques que, en el moment en què l'individu entra en l'anomenat «procés de mort» o «moment de la mort», es poden veure afectades en múltiples sentits. Amb aquesta finalitat, s'utilitzarà l'anàlisi de diferents ordenaments jurídics.

En aquest treball intentaré esclarir no solament la regulació penal sinó també estudiar com a la vida real s'afronten aquestes situacions tan complexes i delicades les quals, malauradament, cada cop són més habituals, així com també apuntar què ha fet el legislador al respecte.

Euthanasia may seem a recurring topic but, in this case, I have wanted to approach the subject from an interdisciplinary point of view, far away from most of dogmatic studies that, most likely, would be learnt in a Criminal Law class.

Our own lives' availability, a person's dignity and autonomy are legal institutions that when someone comes into their own «death process» or «death moment» can be diminished in multiple ways. An analysis from different legal systems will be used for that purpose.

In this study I will try to clarify not only criminal regulation but also how these complex and delicate situations are faced in real life and what the legislator has done with this regard.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las cuestiones relacionadas con el proceso de muerte del ser humano han ido adquiriendo cada vez mayor importancia en nuestra sociedad como consecuencia de diversos acontecimientos que se han ido sucediendo a lo largo de las últimas décadas.

Para empezar, los grandes avances y descubrimientos en el ámbito de la medicina y sus ciencias afines han supuesto que, en la actualidad, pueda tener lugar una prolongación de la vida e incluso un mantenimiento de las funciones vitales hasta límites realmente inimaginables hasta hace unos pocos años.

Otro factor a tener en cuenta es el aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población, circunstancia que ya es una realidad a día de hoy y que ha comportado un incremento de las enfermedades crónicas o irreversibles, circunstancias todas ellas que se caracterizan por su incurabilidad, un pronóstico vital limitado y un sufrimiento personal y familiar.

Todos estos elementos han ocasionado que en la sociedad haya cada vez más voces que apelan sobre la necesidad de legislar y establecer una serie de derechos y garantías que aseguren o, al menos, promuevan, la dignidad del proceso de muerte. Bajo su punto de vista, la tipificación de la eutanasia supone una limitación a dichos derechos y garantías.

Es por eso que, en primer lugar, se abordará la regulación del Código penal (1995), donde se analizarán qué actuaciones son las que realmente se subsumen este tipo penal. Seguidamente, se examinará cuál ha sido la intervención del legislador español en aquellos supuestos relacionados con el fin de la vida, comúnmente conocidos como «muerte digna», en los que se pretende dotar de mayores garantías tanto a la persona que va a morir como a sus allegados y facultativos que lo han atendido en sus últimos días.

Finalmente, se considerarán cuáles han sido las últimas innovaciones en otros países como Francia o Canadá y se expondrá el caso holandés, donde la eutanasia está completamente despenalizada. Sólo de este modo se podrá valorar la actuación del legislador español ante aquellos supuestos en los que, parafraseando a nuestro Código penal, un enfermo que padece una enfermedad

grave que conduciría necesariamente a su muerte o que le produce graves padecimientos y difíciles de soportar.

CAPÍTULO I. LA EUTANASIA EN EL DERECHO PENAL ESPAÑOL

1. CUESTIONES PREVIAS

En este primer capítulo pasamos a examinar la tipificación de la eutanasia en el Código penal (en adelante, CP), pero para ello es necesario que previamente se aclaren una serie de conceptos que normalmente causan cierta confusión y que son la base para poder llevar a cabo un análisis más inteligible.

A menudo, la expresión *eutanasia* cobra diferentes significados dependiendo del destinatario. Es por eso que, en primer lugar, se requiere un análisis no tanto jurídico sino más bien de carácter etimológico con el fin de poder llegar a entender la complejidad de la que se parte en el estudio de la eutanasia.

En un sentido amplio, el término *eutanasia*, se suele asociar al concepto de “buena muerte” ya que así lo indica su raíz etimológica, procedente de las palabras griegas *eu*(εὖ), que significa bien o bueno, y *thanatos*(θάνατος), muerte. Así pues, teniendo en cuenta su origen, el término eutanasia se refiere a un homicidio compasivo, basado en la producción de la muerte de una persona sin sufrimientos físicos y morales. Por lo tanto, se trataría de una actividad que entraría dentro de las actividades médicas¹. Esta fue, al menos, la idea que quería transmitir el filósofo FRANCIS BACON al crear este neologismo en 1623, tal y como recogen BARQUÍN SANZ y NÚÑEZ PAZ².

No obstante, el significado del término eutanasia ha ido evolucionando a lo largo de los años y, en la actualidad, no sólo se considera eutanasia la acepción más arriba descrita, sino también incluye aquellos supuestos más específicos, concretamente los relativos a «recién nacidos con malformaciones congénitas, a los pacientes en estado vegetativo irreversible pero no terminales, y a las víctimas de accidentes cuyos graves padecimientos les impiden causarse por sí mismas la

¹ Serrano Ruiz-Calderón, J.M. (2001). Cap. I. Eutanasia: etimología y delimitación. Dentro de *Eutanasia y Vida dependiente*. 2ª Ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, p.32

² Barquín Sanz, J. (2001). Cap. VI. La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro. Dentro de *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada: Editorial Comares. Estudios de Derecho Penal, p.157; Núñez Paz, M.A. (2006). *La buena muerte: el derecho a morir con dignidad*. Madrid: Editorial Tecnos, p.89; 94-95

propia muerte (paraplégicos, tetraplégicos y demás personas incapacitadas para valerse por sí mismas)»³.

Por su parte, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua⁴ recoge las siguientes acepciones de eutanasia:

1. f. Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.

2. f. Med. Muerte sin sufrimiento físico.

Resulta interesante comprobar cómo la redacción de la primera acepción de la presente edición varía significativamente de su redacción anterior, que definía eutanasia como «acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos»⁵; todo ello muestra, una vez más, el gran debate social que se genera alrededor de la eutanasia y del desarrollo del fin de la vida de una manera digna.

Existen diversas clasificaciones doctrinales de eutanasia⁶. Sin embargo, y atendiendo al objeto de este trabajo, solamente vamos a mencionar la distinción

³ Mendes de Carvalho, G. (2009). *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Granada: Editorial Comares, Estudios de Derecho Penal y Criminología, p.267

⁴ Diccionario de la Real Academia Española (22.^a ed.), consultado en <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia> (3/abril/2015)

⁵ Real Academia Española (1992). *Diccionario de la Real Academia Española*. 21.^a Ed. Madrid: Real Academia Española

⁶ La doctrina consultada (v. ROXIN, MENDES DE CARVALHO, NÚÑEZ PAZ, BOLADERAS) acostumbra a clasificar la eutanasia en los siguientes grupos: (1) eutanasia genuina (pura), sin ningún tipo de consecuencia penal, ya que sólo alivia el dolor y no provoca ningún acortamiento de la vida; (2) eutanasia activa, dentro de la cual cabe distinguir la directa de la indirecta; (3) eutanasia pasiva (Núñez Paz, Op. Cit. p. 105-143). No obstante, hay autores que incluyen también dentro de ella a la (4) eutanasia precoz (v. Roxin, C. (2001). Cap. I. Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia. Dentro de *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada: Editorial Comares. Estudios de Derecho Penal p. 5-36), en la que se dejan morir a recién nacidos con graves malformaciones; (5) eutanasia provocada o voluntaria: consiste en el empleo de medios a través de los cuales se pone fin al sufrimiento de manera consentida. Dentro de ella, cabe distinguir entre eutanasia autónoma (preparación y provocación de la muerte por uno mismo) y la eutanasia heterónoma (resultado de la acción o participación de otras personas); (6) eutanasia involuntaria: se prescinde de tal autorización o petición; (7) eutanasia eugénica o seleccionadora, basada en la supresión de la vida de personas portadoras de deformidades con el objeto de promover una

referente a su modo de ejecución, esto es, la diferencia entre eutanasia activa y eutanasia pasiva puesto que las consecuencias penales son unas u otras dependiendo de cómo se ejecute.

Por una parte, la **eutanasia activa**⁷ es la que se lleva a cabo a través de actos positivos que ayudan a morir al enfermo, aliviando de esta manera su sufrimiento. Dentro de este tipo de actuaciones, podemos distinguir entre la eutanasia activa directa y la eutanasia activa indirecta:

- La **eutanasia activa directa** se caracteriza porque la acción se dirige de manera intencionada y dolosa al acortamiento de la vida del paciente.
- La **eutanasia activa indirecta**, por su parte, se caracteriza por la existencia de un doble objetivo: el alivio del sufrimiento del paciente y, a su vez, el acortamiento de su vida como consecuencia de dicho alivio. Este tipo de eutanasia tendría lugar, por ejemplo, en la aplicación de morfina a un paciente por parte del facultativo. Este fármaco alivia el dolor pero a su vez perjudica la función respiratoria del enfermo por lo que, en altas dosis, puede acelerar el proceso de muerte.

Por otra parte, la **eutanasia pasiva**, también conocida como “eutanasia por omisión”, consiste en la «abstención deliberada de la prestación de tratamientos médicos cuya manutención podría alargar la vida del enfermo de manera desproporcionada y cuya ausencia anticipa su muerte». Este tipo de eutanasia se asocia normalmente a la interrupción del tratamiento con la finalidad de no prolongar los sufrimientos a que dan lugar los procesos de instauración de la muerte o la vida puramente vegetativa (EVP), carente de perspectivas y que sólo

mejora de la especie humana y (8) eutanasia económica, que tiene lugar cuando se practica con el fin de acabar con aquellas personas cuya existencia es inútil desde el punto de vista económico y que, con vida, suponen un elevado coste de mantenimiento, como pudieran ser los enfermos mentales, los minusválidos o los ancianos (v. Mendes de Carvalho, Op. Cit. p. 267-279)

⁷ Mendes de Carvalho, Op. Cit., p. 268; Núñez Paz, Op. Cit., 104-107; Roxin, C., Op. Cit., p. 12-35

se mantiene como consecuencia del suministro artificial de nutrición y fluidos. Esta *pasividad* u *omisión* comprende tanto la no iniciación de un tratamiento como en el hecho se abstenerse de tratar una complicación surgida a lo largo de una enfermedad originaria o en suspender un tratamiento ya iniciado⁸.

2. LA EUTANASIA EN EL CÓDIGO PENAL

2.1 EL BIEN JURÍDICO PROTEGIDO: LA «VIDA HUMANA»

Resulta indiscutible que la vida humana constituye el pilar fundamental y básico para el disfrute de los demás bienes y derechos, pues sin ella no se podrían entroncar el resto de derechos dado que no habría sujeto que desarrollase o ejerciese el resto de derechos. Es por eso que el ordenamiento jurídico presta especial atención a su protección y garantía.

De acuerdo con la mayor parte de la doctrina científica y del Tribunal Constitucional, el bien jurídico “vida humana” tiene rango constitucional y está garantizado por el artículo 15 de la Constitución y por diversos textos internacionales, especialmente por el artículo 3 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 10 de diciembre de 1948.

La protección jurídica de la vida humana comprende desde la gestación hasta el momento de la muerte. Dado el objeto de este trabajo, vamos a dejar a un lado el estudio relativo a desde cuándo se puede considerar vida humana para centrarnos en el fin de la vida humana o, mejor dicho, desde cuándo se puede dejar de considerar dicha vida como humana, aspecto este último que pasamos a analizar en más detalle a continuación.

2.2 EL FIN DE LA VIDA HUMANA. UNACUESTIÓN PROBLEMÁTICA

La consideración de en qué momento la vida humana deja de existir siempre ha suscitado un gran debate a todos los niveles tanto social como jurídico, político e incluso económico. Hasta hace relativamente poco, la determinación del momento de la muerte de un individuo se basaba en el cese de las actividades respiratoria y cardíaca o circulatoria. Sin embargo, actualmente no se puede partir

⁸ Mendes de Carvalho, Op. Cit., p. 272

de estos datos ya que los avances médicos permiten mantener dichas actividades de modo artificial, alargando la vida del individuo durante un periodo de tiempo que puede ser desde días hasta meses o incluso años.

En consecuencia, ante estas situaciones el médico se enfrenta al dilema de o bien hacer todo lo que esté en sus manos para prolongar la vida, aunque ello suponga una prolongación del sufrimiento del paciente, o bien retirar todos los instrumentos médicos que hasta ese momento han mantenido al sujeto «vivo» ya que éstos sustituían una función esencial del cuerpo humano que provocaba que siguiera viviendo⁹.

En la actualidad, se considera que la muerte cerebral es lo que determina el momento de la muerte de una persona. El artículo 9 del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad¹⁰, establece como requisitos para la obtención de órganos de donante fallecido, lo siguiente:

«2. La obtención de órganos de fallecidos sólo podrá hacerse previo diagnóstico y certificación de la muerte realizados con arreglo a lo establecido en este real decreto y en particular en el anexo I, las exigencias éticas, los avances científicos en la materia y la práctica médica generalmente aceptada. [...] La muerte del individuo podrá certificarse tras la confirmación del cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria o del cese irreversible de las funciones encefálicas. Será registrada como hora de fallecimiento del paciente la hora en que se completó el diagnóstico de la muerte.

3. El cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria se reconocerá mediante un examen clínico adecuado tras un período apropiado de observación. Los criterios diagnósticos clínicos, los períodos de observación, así como las pruebas confirmatorias que

⁹ Núñez Paz, Op. Cit., p. 242-246

¹⁰ Real Decreto publicado en el BOE el 29 de diciembre de 2012, nº303, p. 89315 – 89348. Recuperado desde <http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/29/pdfs/BOE-A-2012-15715.pdf>

se requieran según las circunstancias médicas, se ajustarán a los protocolos incluidos en el anexo I. [...]

4. El cese irreversible de las funciones encefálicas, esto es, la constatación de coma arreactivo de etiología estructural conocida y carácter irreversible, se reconocerá mediante un examen clínico adecuado tras un período apropiado de observación. Los criterios diagnósticos clínicos, los períodos de observación, así como las pruebas confirmatorias que se requieran según las circunstancias médicas, se ajustarán a los protocolos incluidos en el anexo I. [...]»¹¹.

2.3 REGULACIÓN PREVIA Y PRINCIPALES NOVEDADES

Previamente a la entrada en vigor del actual Código penal el 28 de mayo de 1996, no existía ningún precepto que tratara específicamente cuál era el marco legal de la eutanasia. Por lo tanto, los supuestos de eutanasia se subsumían en diversos artículos que, de una manera u otra, tenían relación con el caso concreto (por ejemplo, en los delitos de homicidio, auxilio al suicidio, omisión de socorro e incluso parricidio, entre otros).

Especialmente, cabe destacar el artículo 409 del antiguo Código penal, el cual disponía lo siguiente: *«el que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor (idéntica a la del homicidio)»*. A través de esta norma, el legislador no hacía distinciones y castigaba a aquellas terceras personas (sujetos activos) que participaban en el suicidio de otra (sujeto pasivo), ya fuera por su inducción, cooperación necesaria o ejecución de la muerte voluntaria de un sujeto¹². Pero no

¹¹ Se adjunta como **Anexo I** el anexo I de este Real Decreto al que se ha hecho referencia en los párrafos que se acaban de reproducir.

¹² Álvarez Gálvez, I. (2002). Cap. 15. Derecho español. Dentro de *La eutanasia voluntaria autónoma*. Madrid: Editorial Dykinson, S.L., p.242; Tomás-Valiente Lanuza, C. (2000). *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo C.P. (art. 143)*. Valencia: Tirant Lo Blanch, p.18-19; Tomás-Valiente Lanuza, C. (2008). Cap. 4. La regulación de la eutanasia activa solicitada en el Código Penal español. Dentro de *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*. Madrid: Unión Editorial, p.154; Para un mayor análisis de este artículo,

las castigaba de cualquier manera, sino que equiparaba la pena de la eutanasia a la del auxilio ejecutivo al suicidio que, al mismo tiempo, era equiparada al homicidio.

Con la entrada en vigor del Código penal de 1995 se pretendió satisfacer aquellas voces que reclamaban una norma específica para los casos de eutanasia ya que resultaba evidente que la institución de la eutanasia, con todos los significados que ella comprende, no podía concebirse como un mero auxilio ejecutivo al suicidio sino que se precisaba una norma que contemplase una atenuación de la pena. Además, el artículo 409 precedente no distinguía entre qué tipo de eutanasia era punible y cuál no, aspecto totalmente relevante a la luz de las opiniones de la doctrina mayoritaria, quien consideraba que algunas formas de eutanasia debían quedar exentas de sanción penal, como por ejemplo la eutanasia pasiva, modalidad esta última que no podía tener sanción penal puesto que «no existe el deber de tratamiento que prolonga sin sentido la vida, cuando se anticipa que la muerte se habría producido de todas formas más adelante»¹³.

En este contexto, y tras varios intentos de incluir la regulación de la eutanasia de manera más o menos expresa en los distintos proyectos de Código penal que se sucedieron una vez aprobada la Constitución española en 1978, finalmente el Proyecto de Ley orgánica del Código penal de 1994 estableció en su artículo 143 la siguiente redacción en cuanto a la regulación de la eutanasia:

1. *El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.*
2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*
3. *Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*

consúltase Toledano Toledano, J. (1999). *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*. Barcelona: Atelier, p. 65-112

¹³ Mendes de Carvalho, Op. Cit., p.280

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con una pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo».

Así pues, con la introducción de este artículo la práctica de la eutanasia recibe, por primera vez, un tratamiento particular por parte del ordenamiento jurídico español, con un párrafo dedicado específica y exclusivamente a este caso concreto.

Sin embargo, como se puede observar, el término «eutanasia» no aparece en ningún sitio en la regulación penal; con lo cual, se podría considerar la posibilidad de que el legislador, en aquél momento, no quiso abordar una cuestión tan espinosa y que genera tantos desencuentros en la sociedad de una manera más explícita por lo que optó por una redacción más “suave” o, al menos, no tan contundente a ojos de la población española.

A diferencia del artículo 409 del antiguo Código penal, dentro de este precepto se tipifican de manera independiente una serie de actuaciones ligadas íntimamente con la cooperación al suicidio ajeno, como son la inducción (art. 143.1 CP), la cooperación necesaria (art. 143.2 CP) y el auxilio ejecutivo (art. 143.3 CP) para, finalmente, penalizar la práctica de la eutanasia (art. 143.4 CP). Además, este nuevo precepto no tipifica todo tipo de eutanasia, sino que de su redacción se desprende que sólo será punible la eutanasia activa directa lo que, *a sensu contrario* implica que la eutanasia activa indirecta y la eutanasia pasiva quedan fuera de la regulación de este precepto¹⁴.

¹⁴ En la misma línea se expresan López Garrido, D., García Arán, M. (1996). *El Código penal de 1995 y la voluntad del legislador. Comentario al texto y al debate parlamentario*. Madrid: Eurojuris, p. 89-90; Mendes de Carvalho, Op. Cit., p. 279-281; Muñoz Conde, F. (2010). *Derecho Penal. Parte Especial*. 18ª Ed. Valencia: Tirant Lo Blanch, p.72-74;

Por lo tanto, puede decirse que la inclusión de la práctica de la eutanasia en el artículo 143 CP supuso que el legislador concediera un reflejo legal a aquellos supuestos en los que la voluntad de morir de una persona está motivada por el deseo de concluir cuanto antes con la propia enfermedad y sufrimiento, para lo cual solicita la participación de un tercero ajeno (sujeto activo).

No obstante, a tenor de la redacción del artículo 143.4 CP, el legislador no quiso dar el paso necesario para eximir por completo de responsabilidad, otorgándole nada más que una atenuación de la pena, una situación que para cierta parte de la doctrina —que abogaba por una completa impunidad— resultaba insuficiente¹⁵. Es más, dichas voces expresaron su decepción ya que, al tener lugar en él una atenuación de la pena, ello comportó que no se pudiera acudir al estado de necesidad (artículo 20.5 CP) para tratar de que, en el caso concreto, aquella conducta resultase impune¹⁶.

Este precepto se encuentra dentro del Título I del Libro II del Código Penal de 1995, lo cual resulta lógico debido al bien jurídico de protección que tiene en común con el resto de figuras que en él se contiene, que no es otro que la protección de la vida. No obstante, tal y como recoge OLMEDO CARDENETE¹⁷, «la agrupación de todas estas conductas bajo la rúbrica del Título I («Del homicidio y sus formas») no resulta satisfactoria en relación con todas ellas. En este sentido, la inducción al suicidio, así como la cooperación necesaria en éste o en la eutanasia activa directa, no pueden ser calificadas ni como “homicidio” ni como formas del mismo» ya que, como bien recogen LÓPEZ GARRIDO y GARCÍA ARÁN¹⁸, estas conductas «presentan un diferente contenido de injusto respecto al homicidio, en la medida en que se encuentra presente en ellas el ejercicio de la disponibilidad sobre la propia vida: determinadas participaciones en el suicidio de otro (como inductor o cooperador) y la muerte eutanásica».

¹⁵ Valle Muñiz, en Quintero Olivares (dir.)/Morales Prats (coord.), *Comentarios PE*, pp.63-4; aluden al carácter “timorato” de la regulación, Landrova Díaz, «El derecho...», pp. 1999-2000 y p.2004, o Del Rosal Blasco, «El tratamiento...», p. 612. Dentro de Tomás-Valiente Lanuza, Op. Cit. p.20

¹⁶ Tomás-Valiente, Op. Cit., p.19-20

¹⁷ Olmedo Cardenete, M. (2001). Cap. V: Responsabilidad penal por la intervención en el suicidio ajeno y en el homicidio consentido. Dentro de *Eutanasia y suicidio: cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada: Editorial Comares, *Estudios de Derecho Penal* (p. 105)

¹⁸ López Garrido y García Arán, Op. Cit., p. 88

Comparto esta línea crítica con la ubicación del precepto en cuestión, más aún tomando en consideración la reflexión que hace TOMÁS-VALIENTE¹⁹ al indicar acertadamente que, en este precepto, la protección a la vida humana se concede en contra de la voluntad de su titular. De hecho, a diferencia del resto de tipos que se incluyen dentro de este Título I, aquí el consentimiento actúa como elemento del delito y no se hace hincapié en el hecho de que, en este artículo, carece de relevancia la voluntad del que desea morir, en el sentido de que, a pesar de que éste así lo desee, se le priva de ello²⁰.

Por lo tanto, a mi juicio, pienso que la regulación de este precepto debería haber requerido de un ejercicio legislativo mayor del que se hizo en su momento, debiéndose haber ubicado en otro sitio o incluso en haberle dedicado un capítulo únicamente a dicha cuestión. La disponibilidad que uno tiene sobre su propia vida no es baladí pues, a mi entender, la vida de una persona vendría a ser el punto de partida, base sobre la cual ésta podrá ser sujeto, posteriormente, de los derechos y obligaciones que emanan del ordenamiento jurídico;

Por todo ello, tradicionalmente se ha venido aceptando la consideración de la vida como un derecho indisponible²¹ y, en consecuencia, caracterizado por su carácter absoluto e irrenunciable²². No obstante, como apuntan GARRIDO y GARCÍA ARÁN, «no sólo la doctrina más moderna, sino también el propio Tribunal Constitucional (SSTC 120/1990, de 27 de junio, y 137/1990, de 19 de julio), han admitido que la protección jurídica de la vida no tiene carácter absoluto y que es lícita la disposición sobre la propia muerte como parte del ejercicio de la libertad y como consecuencia de la integración del derecho a la vida con otros derechos fundamentales como la dignidad»²³. Y es que, «la indisponibilidad absoluta del derecho a la vida sería una manifestación de paternalismo estatal injustificado»²⁴.

¹⁹ Tomás-Valiente, Op. Cit., p.25

²⁰ Toledano, Op. Cit., p.149

²¹ Para mayor abundamiento, consúltese Toledano, Op. Cit., p.154-159

²² Juanatey Dorado, C. (mayo 2009) El tratamiento del suicidio en el ordenamiento jurídico penal español. *La Ley Penal* (60), p.34

²³ López Garrido y García Arán, Op. Cit., p. 88

²⁴ Juanatey Dorado, C., Op. Cit., p. p.37

3. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 143.4 CP

3.1 LA DISCUSIÓN PARLAMENTARIA

Al ser el artículo 143.4 CP una redacción totalmente novedosa, no resulta extraño que fuera también el objeto de un mayor debate en el trámite parlamentario²⁵. Sin embargo, dichas discusiones no se basaban en un profundo análisis jurídico, sino más bien en una discusión de la política criminal empleada.

De este modo, el Grupo Mixto-ERC propuso en el Congreso la supresión de este precepto y su sustitución por una ley especial atendiendo al grado de complejidad de la materia.

Por otra parte, las tesis más restrictivas fueron propuestas por el Grupo Popular. El Partido Popular formuló tanto en el Congreso como en el Senado la misma enmienda, proponiendo las siguientes modificaciones: que la atenuación del artículo 143.4 CP sólo fuera de un grado, restringida a los médicos y, además, que el enfermo estuviera en fase terminal y sufriera gravemente.

Finalmente, las tesis más liberales fueron propuestas por IU-IC quienes plantearon una modificación del artículo 143.4, para sustituirlo por la redacción de un artículo 143 bis en el que se estableciese lo siguiente: *«Quedará exento de pena quien, mediante actos necesarios o de cooperación activa, permitiere, propiciare o facilitare, la muerte digna, y sin dolor de otra persona, a petición expresa y debidamente acreditada de ésta, en caso de que sufriera una enfermedad grave que habría conducido necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar»*.

Esta postura requería un alto grado de madurez en la sociedad española, algo que desde el Grupo Socialista, que constituía la mayoría en ambas cámaras, no consideró que así fuera. El partido gobernante por aquél entonces no quería enfrentarse a unas críticas tan agresivas como las que hubiese tenido que soportar en caso de haber despenalizado totalmente los supuestos eutanásicos y, al mismo tiempo, carecía de los instrumentos necesarios para controlar y evitar un abuso de la práctica de la eutanasia. En consecuencia, optó por una vía intermedia, a caballo entre las visiones más conservadoras y las más liberales: no destipificó la

²⁵Toledano, Op. Cit., p.138-142; López Garrido y García Arán, Op. Cit, p.90 M.; Barquín, Op. Cit., p. 161-168; Núñez Paz, Op. Cit., p. 249-254

conducta sino que atenuó su pena. Quizás esta opción resultó ser la más “diplomática” frente al resto de las opiniones vertidas en el Congreso por el resto de los partidos políticos, en el sentido de intentar satisfacer a todos y a nadie al mismo tiempo.

3.2 LOS REQUISITOS DEL TIPO

Con la inclusión del artículo 143.4 CP el legislador intenta dar una solución específica e intermedia para el problema de la eutanasia activa, excluyéndola de la impunidad absoluta pero teniendo en cuenta una serie de presupuestos objetivos y subjetivos, habiendo optado por una atenuación muy cualificada de la pena en ese caso. Así pues, tal y como se ha señalado *ut supra*, la redacción de este artículo es la siguiente:

«El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo».

Como se puede observar, el **tipo objetivo** de este artículo consiste en dos tipos de comportamiento: la causación activa de la muerte de otro y la cooperación necesaria y activa a su muerte. A estos dos supuestos también hacen referencia los números 2 y 3 del mismo artículo. Sin embargo, el legislador español ha tenido en cuenta el hecho de que, en ocasiones, puede tener lugar una “muerte” a petición de quien no quiere vivir más (hecho totalmente diferente a matar a alguien en contra de su voluntad). Así mismo, la cooperación al suicidio puede tener lugar por motivaciones piadosas y humanitarias (ej., acortar el sufrimiento de aquella persona cuya muerte es cercana)²⁶.

²⁶ Muñoz Conde, F. (2010). *Derecho penal. Parte especial*. 18ª Ed. Valencia: Tirant Lo Blanch, p.68-69

Por su parte, NÚÑEZ PAZ²⁷ indica que el **tipo subjetivo** de este artículo está íntimamente relacionado con la conducta activa y directa que señala el mismo precepto. En base a esta conducta, sólo se puede admitir el dolo directo, excluyéndose el dolo eventual, el cual sí que se puede admitir en los supuestos de eutanasia activa indirecta —por ejemplo, en los supuestos de aplicación de analgésicos que pueden abreviar la vida del enfermo grave o terminal—. NÚÑEZ PAZ continúa desgranando sus caracteres y, a continuación, afirma que «la comisión culposa no cabe, así pues, en el tipo; y, por otra parte, el suministro de fármacos en estas condiciones no sobrepasa el riesgo permitido, ya que la *lex artis* es prioritariamente la que se incorpora al deber objetivo de cuidado [...]».

A tenor de lo dispuesto en este precepto, BARQUÍN SANZ²⁸ señala que para que se pueda castigar esta conducta eutanásica se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Que la persona afectada haya decidido interrumpir su vida antes de que llegue la muerte “natural”;
- b) Que se trate de una decisión es seria e inequívoca;
- c) Que la persona afectada sufra una enfermedad previsiblemente incurable o fuente de grave aflicción para ella;
- d) Que se produzca la intervención directa y activa de un tercero que causa la muerte o colabora en su producción.

Por lo tanto, los presupuestos para poder subsumir una conducta en el artículo 143.4 CP son los siguientes:

- 1. La petición del enfermo (sujeto pasivo y titular del bien jurídico «vida»).
- 2. El padecimiento de una enfermedad grave.
- 3. Una conducta activa por parte de un tercero (sujeto activo).

²⁷ Núñez Paz, Op. Cit., p.279-280

²⁸ Barquín Sanz, Op. Cit., p.160

A continuación pasamos a analizar dichos elementos de una manera más detallada.

3.2.1 REQUISITO (I). LA PETICIÓN DEL ENFERMO

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 143.4 CP, la petición del enfermo debe ser una «**petición expresa, sería e inequívoca de éste**». De esta afirmación cabe concluir, en primer lugar, que no puede tener lugar una **petición “por representación”**²⁹ ya que el propio artículo especifica que debe ser el enfermo quien realice dicha petición. Por lo tanto, los representantes de los menores de edad o de los enfermos mentales no podrán llevar a cabo la petición en nombre de ésta. En este punto nos podemos encontrar ante supuestos problemáticos tanto desde el punto de vista ético como jurídico, como por ejemplo aquellos casos en que el sujeto pasivo se encuentre en estado de coma o de inconsciencia y no haya manifestado en un documento sus últimas voluntades (por ejemplo, a través del testamento vital), puesto que, de acuerdo con el tenor literal del artículo 143.4 CP, nadie podrá tomar la decisión en su nombre.

A continuación pasamos a analizar las características³⁰ de dicha petición:

- 1) **Petición expresa**. —A *sensu contrario*, significa que no puede ser en ningún caso tácita o concluyente pero sí verbal o escrita. De hecho, en los supuestos de eutanasia pasiva también es necesaria la manifestación expresa de aquél que rechaza o impide la actuación de terceros. Esta manifestación expresase analizará más adelante (instrucciones previas, testamentos vitales, consentimiento prestado por familiares y allegados en los casos en los que el paciente no quiso o no pudo manifestar su criterio al respecto).
- 2) **Petición seria**. —Es decir, debe ser firme y reflexiva, sin que esté viciada por ningún tipo de violencia, engaño o error, y debe tener en cuenta tanto la capacidad del sujeto en el momento de la petición cuanto a la insistencia y convicción con la que la exprese, sin que sea necesario una reiteración por el

²⁹ De hecho, en los países que posteriormente se van a examinar en el capítulo dedicado al Derecho comparado, en ninguno de ellos, incluso en el más aperturista, tiene cabida la petición por representación.

³⁰ Tomás-Valiente, Op. Cit., p.128-134; Barquín, Op. Cit., p. 171-173

enfermo en diferentes momentos. En sentido contrario, NÚÑEZ PAZ³¹ entiende que dicha petición se debe reproducir «durante un período de tiempo suficientemente significativo en el caso concreto, de modo que elimine cualquier tipo de duda razonable sobre el carácter definitivo de la decisión».

- 3) **Petición inequívoca.** —Esta nota implica que dicha petición no debe de dejar lugar a dudas de la existencia de esa petición y del sentido de la voluntad del sujeto pasivo. Ello implica que forzosamente deba ser una petición meditada en la que el sujeto pasivo haya sido informado debidamente sobre su situación clínica en todos sus extremos: diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Podría considerarse como petición también aquella que se realiza previamente a la situación de sufrimiento o enfermedad grave que conduce necesariamente a su muerte y que queda plasmada en el llamado testamento vital o últimas voluntades. No obstante, pensamos que, en este caso dicha petición no sería válida como elemento del tipo del artículo en cuestión ya que, en el caso dado, ello podría dar paso a una actuación médica basada en la omisión, como comprobaremos más adelante.

3.2.2 REQUISITO (II). LA ENFERMEDAD GRAVE

Otro de los requisitos que dispone el artículo 143.4 CP es el de **«enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar»**. Por lo tanto, no puede ser una enfermedad cualquiera, sino que debe ser grave. Pero es más: la gravedad de la enfermedad debe ser de tal magnitud que ésta conduzca inevitablemente a su muerte o, si no, que produzca graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

Como se puede observar, a través de **la conjunción disyuntiva “o”** se deduce que el requisito de enfermedad grave viene determinado en el precepto de una manera alternativa. En otras palabras: **se considerará enfermedad grave en caso de que se trate de una enfermedad que conduzca irremediablemente a la**

³¹ Núñez Paz, Op. Cit., p.277

muerte del sujeto pasivo; pero también se considerará enfermedad grave, según el artículo 143.4 CP, aquélla que produzca graves sufrimientos permanentes y difíciles de soportar, sin que estos padecimientos lleven necesariamente a la muerte³². En consecuencia, se trata de dos notas —la necesidad de que conduzca a la muerte y la producción de graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar— que no tienen por qué darse al mismo tiempo ambas, sino todo lo contrario: con que tenga lugar una de ellas, ya se subsumiría la acción dentro del tipo de injusto y, por ende, se podría llevar a cabo una atenuación de la pena.

Pero, ¿cómo se puede saber realmente el estado de gravedad de una enfermedad? ¿Cómo se puede comprobar si una enfermedad va a conducir inevitablemente a la muerte o no? Evidentemente, no hay un concepto jurídico que lo determine³³. En consecuencia, habrá que atenerse a los conocimientos científicos y los avances médicos de ese momento. Pero incluso atendiendo a estos criterios, éstos nunca van a llegar a ser precisos al cien por cien, pues el estado de la técnica siempre está en continuo estudio y evolución.

Desde el punto de vista jurídico ello comporta que, en el caso de enjuiciar un supuesto concreto, el juez o tribunal competente tenga un **amplio margen de apreciación**, para lo cual va a precisar indudablemente de la asistencia de informes periciales elaborados por científicos³⁴.

En otro orden de las cosas, suele ser común considerar como enfermedad terminal aquélla que conduce al enfermo de manera inevitable a su muerte. No obstante, a día de hoy existen enfermedades crónicas terminales cuya supervivencia puede prolongarse en el tiempo a lo largo de meses o incluso años (por ejemplo, una insuficiencia renal). En estos casos, a no ser que la enfermedad les provoque un gran sufrimiento permanente y difícil de soportar, no sería de aplicación el artículo 143.4 CP.

³² Tomás-Valiente, Op. Cit., p. 124-128

³³ En este sentido, Ararteko —institución vasca equivalente al Defensor del Pueblo o el Síndic de Greuges— en su Resolución de 27 de noviembre de 2013, también apunta el carácter de concepto jurídico indeterminado que tiene el concepto legal de “enfermedad grave” y añade que, para ello, deberán ponderarse y valorarse las circunstancias concurrentes del caso. Como bien recoge, «no existe en la ciencia médica una definición exacta de tal concepto [y] determinar si una enfermedad es o no muy grave es un juicio de valor, no objetivo, variable por tanto, que puede ser dinámico». Recuperado desde http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3238_3.pdf

³⁴ Tomás-Valiente, Op. Cit., p. 124

En este punto comparto la opinión defendida por ROMEO CASABONA, quien sostiene que «se excluyen las enfermedades de cuño exclusivamente psicológico, siendo imprescindible que se exteriorice a través de padecimientos físicos (...) y ello porque, como bien señala la doctrina mayoritaria, la existencia de una enfermedad psíquica de naturaleza “grave” impediría que la petición del enfermo fuese “expresa, seria e inequívoca”, es decir, impediría la aplicación de la pena atenuada y determinaría incluso la punición del autor de la conducta por un delito de homicidio, ya que en tales casos no es posible sostener que el suicidio fuese producto de una reflexión ponderada del sujeto pasivo»³⁵.

3.2.3 REQUISITO (III). CONDUCTA ACTIVA Y DIRECTA

Tal y como reza el artículo 143.4 CP, la conducta de quien practica la eutanasia debe ser una **conducta activa, «con actos necesarios y directos»**. Por lo tanto, *a sensu contrario* se puede afirmar que **aquellas conductas pasivas** (por ejemplo, cuando se causa la muerte mediante una omisión) e **incluso aquellas conductas activas pero que se realicen mediante actos indirectos** (por ejemplo, a través de la aplicación de un tratamiento que mejora la calidad de vida del enfermo a costa de adelantar el fallecimiento como efecto colateral) **se excluyen de la aplicación de dicho artículo**³⁶.

Esta situación supondría que, a falta de una conducta “activa y directa” por parte del sujeto activo, el resto de situaciones (incluyendo aquellas en las que éste lleva a cabo una conducta pasiva o indirecta) deberían subsumirse en los párrafos 2 y 3 del artículo 143 CP. No obstante, ello resulta claramente incongruente en el sentido de que la actuación pasiva o indirecta supone una actuación más leve que la tipificada en el 143.4 CP y, por lo tanto, no tendría sentido que éstas se subsumieran en unos tipos cuya pena fuera aún más gravosa.

Es más, como apunta TOMÁS-VALIENTE, «de ahí, por tanto, que la ausencia de mención de estas dos últimas modalidades de conducta [conductas pasivas y conductas activas indirectas] haya de interpretarse no en el sentido de

³⁵Romeo Casabona, C. M. *Los delitos...*, p.129. Dentro de Mendes de Carvalho, Op. Cit. p. 334

³⁶De este modo, López Garrido y García Arán, Op. Cit., p. 89-90 ; Mendes de Carvalho, Op. Cit., p.284-29; Barquín Sanz, Op. Cit., p.180-181

que quedan excluidas de la atenuación, sino, precisamente, al contrario, estimando su atipicidad»³⁷.

Por otra parte, de acuerdo con la redacción de este artículo, **cualquier motivo o razón del autor es válida**. En este sentido, considero que debería, de alguna manera, haberse tenido en cuenta el fin con el que el autor procede a llevar a cabo dicha conducta. Esta cuestión también la tiene en cuenta BARQUÍN SANZ³⁸, quien sostiene que «el ánimo de procurar una muerte dulce, sin dolor, y para poner fin con ella a la dramática situación del sujeto, ha de ser el motivo determinante del actuar» y no debería aplicarse el artículo 143.4 CP a «quien mata por simple interés económico o por venganza o por cualquier otra razón inaceptable».

4. SUPUESTOS PROBLEMÁTICOS FUERA DEL ART. 143.4 CP

En definitiva, **el artículo 143.4 CP tipifica la eutanasia activa directa como un tipo atenuado de los artículos 143.2 CP y 143.3 CP**, estableciendo los elementos diferenciadores de esta conducta de la de una mera y simple cooperación o ejecución en el suicidio. Sin embargo, tras una lectura detallada del artículo 143.4 CP, indudablemente a uno le vienen a la cabeza aquellos casos relativos a las relaciones entre facultativos y pacientes, o entre pacientes y familiares, o incluso entre facultativos, pacientes y familiares; relaciones que normalmente dan lugar a situaciones que traspasan la redacción de este precepto. De hecho, suelen ser contextos mucho más complejos que requieren un estudio altamente preciso del caso concreto, casos en los que la redacción del artículo 143.4 CP no hace más que aumentar la inseguridad jurídica de aquellas personas que se ven implicados en una situación de este tipo puesto que no quedan excluidas expresamente las conductas pasivas y activas indirectas. Este hecho, no hace más que acrecentar el mar de dudas en el que se hallan las personas ante esta situación.

³⁷Tomás-Valiente, Op. Cit., p.108

³⁸Barquín Sanz, Op. Cit., p.186

Como ya se ha dicho más arriba, el artículo 143.4 CP tipifica la conducta de la eutanasia activa directa («*El que causare o cooperare **activamente** con **actos necesarios y directos** a la muerte de otro [...]*»). En consecuencia, **las conductas activas indirectas y pasivas de la eutanasia resultan atípicas y, consecuentemente, impunes al no poderse remitir éstas al tipo básico** (esto es, a los artículos 143.2 CP y 143.3 CP, respectivamente). No obstante, sobre estas conductas indirectas u omisivas cabe señalar algunos supuestos problemáticos, que nos llevan a la conclusión de que el legislador hubiese podido explicitar dicha impunidad y, evitar así, una inseguridad jurídica a aquellas personas que se ven involucradas en este tipo de situaciones.

4.1 LA EUTANASIA PASIVA Y LA PROBLEMÁTICA DE LA DESCONEXIÓN: ¿ACCIÓN U OMISIÓN?

La **eutanasia pasiva**, tal y como ya se ha puesto de manifiesto al principio de este trabajo en palabras de MENDES DE CARVALHO, consiste en la abstención deliberada de la prestación de tratamientos médicos cuya manutención podría alargar la vida del enfermo de manera desproporcionada y cuya ausencia anticipa su muerte. Por lo tanto, en base a esta definición, **estas conductas comprenden tanto la no iniciación del tratamiento como la interrupción del funcionamiento de mecanismos gracias a los cuales se mantienen determinadas funciones vitales del enfermo** (por ejemplo, los ventiladores o la respiración artificial, sistemas de reanimación, etc.).

Sin embargo, estas conductas han sido objeto de controversia y debate por parte de la doctrina³⁹. La realidad es que lo que se acaba de describir como eutanasia pasiva implica **dos actuaciones** bien distintas que resultan bastante controvertidas: **una pasiva** —no se inicia un tratamiento, se omite la actuación de un tercero y no se realiza un tratamiento médico desde sus inicios— **y otra activa** —se toma la decisión de desenchufar a alguien que está conectado a un mecanismo externo, gracias al cual sigue conservando sus funciones vitales y, sin él, dicha persona va a fallecer—.

³⁹ Mendes de Carvalho, Op. Cit., p. 292-303

Dentro de la desconexión, cabe contemplar dos contextos distintos: por una parte, aquéllos en los que el paciente se encuentra en un estado de inconsciencia irreversible y, por otra, aquellos en los que es el paciente quien, de manera consciente, solicita la interrupción de la máquina que le mantiene con vida.

En cuanto al primer supuesto, compartimos la opinión de la doctrina⁴⁰ que considera que su desconexión, a pesar de ser una conducta activa, debe de calificarse como una omisión puesto que lo que hace el médico facultativo no es más que dejar de suministrar un tratamiento. Y es que, como bien dice TOMÁS-VALIENTE, «no puede considerarse que los médicos se encuentren obligados a suministrar *ad infinitum* tratamientos completamente inútiles sin perspectiva alguna de lograr la curación del paciente»⁴¹.

En cuanto al segundo supuesto, si en el caso de que el paciente se encuentre inconsciente optamos por tratarlo como una omisión, con mayor razón se debe considerar como omisión la actuación de un médico que, a petición del paciente, interrumpe el tratamiento. No obstante, como bien hemos dicho, partimos de la base de una actuación médica (o actuación de una persona autorizada por el médico facultativo que atiende al paciente), no de cualquier tercero ya que, de lo contrario, sí que estaríamos ante una conducta que bien podría subsumirse en el artículo 143.4 CP.

Evidentemente, dentro de estos supuestos que han generado tanta controversia, entra en juego también la redacción de las últimas voluntades del sujeto pasivo, tema que como ya hemos anunciado se tratará en el siguiente capítulo.

A mayor abundamiento, cabe decir que en vistas a una vida futura deficiente o a una posibilidad muy limitada de prolongar la vida sin expectativas de recuperación, no tiene sentido hablar de la posición de garante que el médico ostenta. Incluso ello podría atentar a la dignidad de este último; es más, podría suponer un trato inhumano o degradante hacia el paciente, vulnerando así el artículo 15 de la Constitución española.

⁴⁰ Tomás-Valiente, Op.Cit., p. 110-123

⁴¹ Tomás-Valiente, Op. Cit., p. 113-114

En definitiva, la doctrina parece ser unánime en el hecho de que **no existe el deber jurídico de proporcionar un tratamiento a aquél paciente con el simple objeto de prolongar sin sentido su vida más que en su vertiente biológica, pues lo único que está haciendo es retrasar el momento de la muerte**⁴².

4.2 OTROS SUPUESTOS

En cuanto a la **eutanasia activa indirecta**, profundizaremos en ella en el siguiente capítulo. No obstante, a mi juicio, la administración de fármacos que alivien el dolor y el sufrimiento (como por ejemplo los tratamientos paliativos), siempre y cuando ello esté dentro de los límites impuestos por la *lex artis*, no supone más que el cumplimiento del mandato constitucional impuesto en el artículo 15 de la Constitución española.

Por otra parte, QUERALT JIMÉNEZ apunta acertadamente que **la atenuación del artículo 143.4 CP no incluye** la atenuación de otros supuestos asimilables a esas situaciones «como son los **casos de padecimientos postraumáticos** (por ejemplo, los tetrapléjicos o demás accidentados en estado agónico), cuya evidente similitud con las hipótesis mencionadas en el art. 143.4 CP hace que no sea justo que no se atenúe la pena en tales casos, ya que es evidente que también se trata de supuestos en los que el sujeto pasivo está obligado a soportar graves y permanentes padecimientos a causa de su especial condición.»⁴³.

⁴² Mendes de Carvalho, Op. Cit., pp.279-285

⁴³ Queralt Jiménez, J.J. *Derecho penal...*, PE, p.24. Dentro de Mendes de Carvalho, Op. Cit., p.335

CAPÍTULO II. LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MUERTE

1. EL CONCEPTO DE DIGNIDAD

1.1 LA DIGNIDAD HUMANA

El primer documento que consagra la dignidad de la persona es la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. En su Preámbulo ya consagra la dignidad humana al afirmar que « [...] *considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana* [...]». Y, más concretamente, en su artículo primero se recoge que «*todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros*».

Ya dentro del ámbito de la Unión Europea, el artículo 1 de la **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea**, establece que «*la dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida*». Asimismo, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea⁴⁴ (TJUE) afirmó que el derecho fundamental a la dignidad humana forma parte del Derecho de la Unión y que, por lo tanto, el TJUE debe velar por su respeto.

Finalmente, la **Constitución española de 1978** proclama expresamente la dignidad de la persona como uno de los elementos en los que se fundamenta el orden político y la paz social (art. 10.1) para, a continuación, declarar que «*las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades [...] se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España*». Este artículo recoge más que un derecho, un valor constitucional que fundamenta al resto de valores y principios recogidos en la Constitución.

⁴⁴ Sentencia de 9 de octubre de 2001. Asunto C-377/98, Países Bajos contra Parlamento Europeo y Consejo, Rec. 2001, p. I-7079, apartados 70 a 77.

La dignidad, pues, irradia y se proyecta con distinta intensidad en el resto de los derechos recogidos en el Título I de la Constitución, los cuales deben interpretarse a la luz de este valor, entre otros. Por lo tanto, no puede alegarse en amparo constitucional por sí solo, aunque sí puede utilizarse para la interpretación de otros derechos. Y es que, tal y como recuerda DE MONTALVO «la ubicación de la dignidad de la persona en nuestra Constitución como portada del resto de derechos y libertades determina que la dignidad no derive de los derechos, no es el resultado de los derechos que se le reconocen al individuo, sino que es un *prius* de toda la ordenación jurídico-positiva»⁴⁵.

Pero conceptualmente, ¿qué significa el término «dignidad»? De acuerdo con el **Tribunal Constitucional**, «junto al valor de la vida humana y sustancialmente relacionado con la dimensión moral de ésta, nuestra Constitución ha elevado también a valor jurídico fundamental la dignidad de la persona, que, sin perjuicio de los derechos que le son inherentes, se halla íntimamente vinculada con el libre desarrollo de la personalidad (art. 10) y los derechos a la integridad física y moral (art. 15), a la libertad de ideas y creencias (art. 16), al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (art. 18.1). Del sentido de estos preceptos puede deducirse que **la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás**»⁴⁶. No obstante, el Tribunal Constitucional también recuerda que si bien se trata de un derecho reconocido a todas las personas con carácter general, éste se encuentra limitado por la existencia de otros derechos y bienes reconocidos por la Constitución.

1.2 LA DIGNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA BIOMEDICINA

La dignidad humana ya aparece como uno de los ejes centrales en el **Preámbulo del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones**

⁴⁵ De Montalvo, F. (2009). *Muerte digna y constitución. Los límites del Testamento Vital*. Cap. VII “La dignidad humana en el final de la vida. Concepto constitucional del derecho a la muerte digna”. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de Bioética nº18, p. 237

⁴⁶ STC 53/1985, de 11 de abril de 1985, FJ8

de la biología y la medicina⁴⁷, suscrito el 4 de abril de 1997, el cual hace hincapié en la necesidad de establecer una serie de medidas que regulen y limiten las prácticas, aplicaciones y acciones dentro del ámbito de la biología y la medicina que garanticen y reconozcan la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona. De hecho, el mismo Convenio recoge en su artículo primero que «las partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina».

La ratificación del Convenio de Oviedo por parte del estado español y su entrada en vigor el 1 de enero de 2002 implicó que España adecuase su legislación a las obligaciones que había contraído en él. De esta manera, aprobó en el año 2002 la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** que establece, un «*máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual*». Para ello, recoge como principio básico «*la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad*» como pilar fundamental de toda la actividad «encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica».

Más adelante, también se recogió el deber de respetar la dignidad de las personas a su cuidado por parte de los profesionales, afirmación recogida por el art. 5.1.c) de la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias**. Finalmente, la **Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica**, dispone en su Preámbulo que «*la Ley se construye sobre los principios de la integridad de las personas y la protección de la dignidad e identidad del ser humano en cualquier investigación biomédica que implique intervenciones sobre seres humanos*».

⁴⁷ En adelante, Convenio de Oviedo.

2. LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE LA MUERTE

2.1 LA PROBLEMÁTICA CONCEPTUAL DE LA «MUERTE DIGNA»

Para poder afrontar la complejidad del asunto, resulta inevitable tratar el concepto de vida y, más concretamente, de vida digna. Como ya se ha dicho en el capítulo anterior, la doctrina del Tribunal Constitucional señala que el derecho a la vida recogido artículo 15 de la Constitución no es un bien o derecho de protección absoluta e ilimitada sino que «como sucede en relación con todos los bienes y derechos constitucionalmente reconocidos, en determinados supuestos puede y aun debe estar sujeta a limitaciones»⁴⁸.

Sin embargo, **el Tribunal Constitucional no se ha pronunciado en lo referente al derecho a morir con dignidad desde la perspectiva del derecho a la dignidad personal (art. 10 CE) en relación con el derecho a la vida (art. 15 CE)**. No obstante, puede deducirse que, si puede haber un reconocimiento de la dignidad más allá de la muerte —como pudiera ser el derecho del honor de la persona fallecida— con mayor razón debería reconocerse el derecho a morir con dignidad.

Como se ha apuntado más arriba, el Tribunal Constitucional manifestó que la dignidad integra, como elemento fundamental, el derecho a la autonomía de la voluntad en cuanto a libertad de elección y constituye un valor superior del ordenamiento que es póstico de los demás valores o principios allí consagrados⁴⁹. Por otra parte, también declara que el derecho a la vida es la proyección de un valor superior y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible⁵⁰. Así pues, ¿cómo se puede resolver desde el punto de vista de la dignidad el conflicto entre vida y libertad de morir?

En esencia, tal y como expone DE MONTALVO, el **problema** radica en la **relación entre el principio de la dignidad del ser humano y el derecho a la vida**. Para tratar de solventar esta cuestión, debe tenerse en cuenta que el valor superior de nuestro ordenamiento constitucional no es solamente el de la vida en sí (*vida biológica*), sino el de la vida digna (conocida como *vida biográfica*). Este

⁴⁸ STC 53/1985, FJ7

⁴⁹ STC 337/1994, de 23 de diciembre de 1994 en De Montalvo, Op. Cit., p. 254

⁵⁰ STC 53/1985, FJ3

hecho, unido a que el derecho a la autonomía de la voluntad es un elemento inherente a la dignidad, provoca que sea la autonomía de la voluntad quien condicione la vida de manera que, ante el conflicto *vida vs. autonomía de la voluntad* debe ceder el primero.

En consecuencia, este conflicto, llevado a su máxima expresión, podría terminar por relacionar el derecho a la muerte digna con el derecho a disponer de la propia vida y, por lo tanto, con la despenalización de la eutanasia activa directa. No obstante, el planteamiento no sería éste, sino que debería ser entendido de la siguiente manera: **ante situaciones de grave pérdida de calidad de vida, se puede entender que ésta ya no merece la pena ser vivida porque ya se ha perdido la dignidad y, sin ella, la vida no tiene sentido**⁵¹.

2.2 MUERTE DIGNA Y EL DERECHO A LA MUERTE

El Tribunal Constitucional estableció que «no es posible admitir que la Constitución garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte», ya que el derecho a la vida tiene en la Constitución «un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte»⁵².

El objeto del derecho a la muerte digna —o, como bien han reformulado a través de circunloquios las leyes andaluza y catalana refiriéndose a ésta como “dignidad en el proceso de la muerte”—, **se refiere no al acto de morir, sino a que la persona, moribunda, conserve su dignidad en el inevitable trance del fin de la vida**, pues, cabe recordar, que la dignidad de la persona es el “fundamento del orden político y de la paz social” según el art. 10.1 CE⁵³.

Así pues, **la muerte digna no consiste, bajo ningún concepto, en el derecho a morir en el momento en el que uno elija, sino en el derecho a no perder la propia dignidad cuando ese momento llega, se encuentra próximo o es irreversible**. En este sentido, se puede interpretar la afirmación del Tribunal

⁵¹ De Montalvo, Op. Cit., p. 254

⁵² STC 120/1990, de 27 de junio de 1990, FJ7

⁵³ Rodríguez, A. (2011). “«Muerte digna» y derechos en los Estatutos de autonomía.”, en *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias, Universidad de Oviedo – Área de Derecho Constitucional, procura nº1, p.81

Constitucional sobre el derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte, establecido en artículo 20 del Estatuto Autonómico de Cataluña⁵⁴ de que «**vivir con dignidad el proceso de la muerte no es sino una manifestación del derecho a la vida digna [...], sin que necesariamente se implique con ello el derecho a la muerte asistida o a la eutanasia**»⁵⁵.

Pero, ¿qué significa en realidad morir dignamente? ¿En qué consiste verdaderamente? A día de hoy, podría decirse que ello queda en manos del facultativo que te atienda en ese momento, es decir, de la “suerte” que uno tenga en ese momento. A título ilustrativo, adjuntamos como **Anexo II** el testimonio de la opinión médica de un facultativo sobre lo que, a su juicio y según su experiencia, se ajustaría más a lo que podríamos denominar “morir dignamente”, entre otros aspectos⁵⁶.

De acuerdo con las exposiciones de motivos que las leyes autonómicas relativas a la dignidad de la persona en el proceso de la muerte⁵⁷, morir con dignidad implica una serie de calificaciones interrelacionadas entre ellas, las cuales son:

- Morir con el mínimo sufrimiento físico, psíquico o espiritual.
- Morir acompañado de los seres queridos.
- Morir bien informado, si se desea, y no con el engaño falsamente compasivo de una esperanza irreal.
- Morir pudiendo rechazar los tratamientos que no se desean.

⁵⁴ Art. 20 EAC (2006). 1. Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a vivir con dignidad el proceso de su muerte. 2. Todas las personas tienen derecho a expresar su voluntad de forma anticipada para dejar constancia de las instrucciones sobre las intervenciones y los tratamientos médicos que puedan recibir, que deben ser respetadas en los términos que establecen las leyes, especialmente por el personal sanitario cuando no estén en condiciones de expresar personalmente su voluntad.

⁵⁵ STC 31/2010, de 2010 (FJ19).

⁵⁶ Esta autora considera interesante analizar el punto de vista de aquél facultativo que se ve inmerso en las circunstancias que se tratan en el presente trabajo ya que ello supone un acercamiento a lo que ocurre en la vida real, algo que, en ocasiones, los juristas solemos olvidar y que es sumamente importante para determinar qué amparo legal deberían tener sus actuaciones.

⁵⁷ La Comunidad de Aragón, Andalucía y la Comunidad Foral de Navarra han desarrollado sus competencias en esta materia, respectivamente en la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte en Aragón; Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía; y en la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de dignidad de la persona en el proceso de muerte de Navarra.

- Morir según los deseos íntimos previamente expresados en un testamento vital.
- Morir en la intimidad personal y familiar.
- Morir sin tener que soportar tratamientos que no son útiles y sólo alargan el fin, innecesariamente, proporcionados por profesionales bien intencionados, pero obstinados en terapias no curativas.
- Morir bien cuidado.
- Morir a tiempo.
- Morir dormido, si se quiere.
- Morir en paz.
- Morir «de forma natural», sin prolongación artificial, cuando llegue el momento

Por otra parte, de las tres exposiciones de motivos se desprende que no existe un consenso ético ni jurídico para permitir que el paciente que sufre solicite ayuda a terceras personas para acabar con su vida.

3. EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN LOS ESTATUTOS DE AUTONOMÍA. LAS LEYES AUTONÓMICAS. EL PROYECTO DE LEY DE 2011

3.1 LOS ESTATUTOS DE AUTONOMÍA Y LAS LEYES AUTONÓMICAS

El caso de Ramón Sampederro (1998)⁵⁸ marcó un punto de inflexión en cuanto al debate en la opinión pública sobre la eutanasia e hizo que, por primera vez, esta cuestión fuera objeto de atención por parte de las Cortes Generales, constituyéndose en el Senado una comisión sobre la eutanasia⁵⁹. No obstante, dos años después, dicha comisión dio por finalizado su trabajo sin llegar a ningún acuerdo de propuesta para un cambio legislativo. A pesar de ello, la falta de regulación por parte de las instituciones no ha impedido que las Comunidades Autónomas tomaran cartas en el asunto.

⁵⁸Para una mayor información sobre el caso, consúltase el **Anexo III**

⁵⁹ La Comisión especial de estudio sobre la eutanasia y el derecho a una muerte digna, comenzó su trabajo de investigación el martes 17 de marzo de 1998, bajo la presidencia de Dña. María Rosa Vindel López.

Efectivamente, tras la **reforma de los Estatutos de Autonomía** de algunas Comunidades Autónomas a finales de la primera década del 2000, fueron tomando forma en ellas los denominados *derechos estatutarios*, basado esencialmente en derechos prestacionales de carácter social, entre los cuales se recogían derechos que podrían ejercerse en lo que se vino a denominar «el proceso de muerte». Con mayor o menor amplitud, éstos se han venido recogiendo en los nuevos Estatutos de Autonomía de Cataluña (2006), Andalucía (2007), en el de las Islas Baleares (2007), Aragón (2007), y Castilla y León (2007). Sin embargo, han sido los dos primeros, Cataluña y Andalucía, los que han incorporado expresamente en sus respectivos estatutos el derecho a la “dignidad en el proceso de muerte”⁶⁰, respectivamente en los artículos 20 de cada uno de ellos.

La nueva redacción de los estatutos de autonomía que, como bien se acaba de decir, incorporan derechos relacionados con la dignidad en el proceso de la muerte, y las peticiones cada vez mayores de una sociedad exigiendo una regulación de esta situación ha provocado que algunas Comunidades Autónomas hayan optado por aprobar normas autonómicas sobre este tema, como viene siendo la **Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte** y la **Ley aragonesa 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte**, que expresamente establecen, entre otras cosas, el derecho del sujeto a rechazar tratamientos o intervenciones en cualquier momento, incluso cuando ello pueda suponer un peligro para su propia vida⁶¹. La otra Comunidad Autónoma que ha entrado a regular las actuaciones en el proceso final de la vida es la Comunidad Foral de Navarra (**Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte**), la cual también ha recogido esta posibilidad siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones.

Las únicas excepciones que se contemplan respecto a este supuesto son:

⁶⁰ Rodríguez, Op. Cit., p.73

⁶¹ Afirmación recogida tanto en el art. 8 de la ley 2/2010 de Andalucía [« (...) incluso cuando de ese modo se pone en peligro la vida»] como en el art. 8 de la ley 10/2011 de Aragón [« (...) aunque ello pueda poner en peligro su vida»].

- a) La imposibilidad de que se pueda conocer la voluntad del paciente y haya un riesgo grave e inmediato para su integridad;
- b) Cuando esté en riesgo la salud pública en caso de que no se intervenga.

Así pues, dentro de este contexto cobra mayor importancia —si cabe— las instrucciones previas o voluntades anticipadas, documentos en los que la persona, de manera consciente, puede manifestar allí el rechazo a todos aquellos tratamientos o intervenciones que ésta considere contrarias a su dignidad personal.

Por lo tanto, puede decirse que en el caso de **Andalucía y Aragón**, sus regulaciones **excluyen expresamente que la vida del paciente pueda prolongarse contra su voluntad**: sólo cuando la voluntad no pueda conocerse o la salud pública se estuviera en peligro como consecuencia de su rechazo a ser asistido a pesar de que la voluntad de la persona fuera otra, se permitirá una intervención urgente para salvar la vida de dicha persona⁶².

La **Comunidad Foral de Navarra**, por su parte, **diferencia el derecho al «rechazo de la intervención propuesta, aunque pueda poner en peligro su vida» del derecho «al rechazo de tratamientos de soporte vital»**, cuando éstos **últimos «prolonguen sin necesidad» el sufrimiento**⁶³. Además, la Ley establece una obligación general para los médicos y autoridades sanitarias para velar porque todos los pacientes, independientemente de sus circunstancias, reciban, «en todo caso, los cuidados mínimos acordes con su dignidad según la *lex artis*»⁶⁴.

Por lo tanto, la ley navarra **contempla dos limitaciones al derecho de rechazo de medidas de soporte vital** —ya se contemplen en las instrucciones previas o no—:

⁶² Rodríguez, Op. Cit., p.78

⁶³ Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Art. 26 Enfermos en procesos terminales. “Todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios y los profesionales sanitarios deberán garantizar el máximo respeto a la dignidad de la persona en los procesos terminales previos al fallecimiento, así como el ejercicio de todos los derechos reconocidos en esta Ley Foral y, en particular, los siguientes: 1) Al rechazo de la intervención propuesta, aunque pueda poner en peligro su vida; 2) Al rechazo de tratamientos de soporte vital que prolonguen sin necesidad su sufrimiento; 3. [...]”.

⁶⁴ Art. 8.3 Ley Foral 8/2011.

- a) Que las medidas rechazadas signifiquen una prolongación “sin necesidad” del sufrimiento del paciente terminal; y,
- b) Que no entren en conflicto con una obligación general de dispensar los cuidados mínimos que sean acordes con la dignidad, entendiendo ésta última según el criterio médico de la *lex artis*. Por lo tanto, el criterio personal del paciente debe converger junto con el del juicio profesional quien entrará también a valorar el carácter indigno o no de las medidas rechazadas y, consecuentemente, de la necesidad o no de su sufrimiento.

No obstante, RODRÍGUEZ⁶⁵ recuerda que, por mandato de la legislación básica estatal, las leyes autonómicas aquí descritas no deben tener en cuenta las voluntades anticipadas que no se correspondan con el supuesto de hecho previsto por el declarante, así como tampoco las “contrarias al ordenamiento jurídico”, incluyendo en este último caso, lo dispuesto por el ordenamiento autonómico, hecho que obliga a, en la Comunidad Foral de Navarra, ignorar las voluntades de los pacientes terminales que pretendan rechazar el sufrimiento más allá de cuando éste sea innecesario y a armonizar la voluntad del paciente con lo que al respecto dicte “la buena práctica clínica” o a la “mejor evidencia científica disponible”.

3.2 EL PROYECTO DE LEY DE 2011

Llegados este punto, merece la pena recordar brevemente el último proyecto de ley elaborado por el gobierno español sobre esta materia. Ya en el año 2011, el Gobierno —en aquel momento bajo la dirección de José L. Rodríguez Zapatero— presentó un proyecto de ley al Congreso de los Diputados bajo el nombre de “Proyecto de Ley Reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida” para intentar responder a todos aquellos interrogantes éticos y jurídicos que tanto la sociedad como los expertos científicos, médicos o incluso la Administración Pública planteaban.

Entre otros aspectos, el Proyecto de Ley garantizaba que las personas en estado terminal o de agonía tendrían derecho a que se respetase su voluntad sobre

⁶⁵ Rodríguez, Op. Cit., p.78

los tratamientos que tengan que recibir en el final de su vida (art. 6), así como un derecho a la información del estado real de su salud (art. 5). Asimismo, se recogían otros derechos como el derecho a recibir cuidados paliativos (art. 11), a que se preservase la intimidad del paciente y la de su familia, especificando que, en la fase de agonía, el enfermo pudiese pasarla en una habitación de uso individual (art. 13), etc. También merece la pena destacar que este Proyecto incorporaba una regulación de las “actuaciones de los profesionales sanitarios” (Título II), incluyendo la regulación del esfuerzo terapéutico (art. 17), en cuanto debía ser proporcional a la situación del paciente. De esta manera, se procuraba evitar un posible encarnizamiento terapéutico.

Lo que se pretendía, pues, no era más que regular a nivel estatal aquello que algunas comunidades autónomas finalmente han acabado regulando, y recoger, de esta manera, los derechos que debería tener toda persona en el proceso final de la vida. Sin embargo, nunca llegó a aprobarse debido a las divergencias entre las distintas posturas parlamentarias.

4. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. LAS INSTRUCCIONES PREVIAS

Con el objeto de dignificar a la persona en el proceso de la muerte, cabe destacar dos instrumentos clave, que se van a analizar seguidamente:

- a) El **derecho a la información clínica**, que incluye el consentimiento informado y la toma de decisiones.
- b) El **documento de voluntades anticipadas o testamento vital**, lugar donde se hacen constar los deseos y preferencias de tratamiento en el caso de que la persona no pueda decidir por sí misma, así como la designación en dicho documento sobre quién tomará las decisiones en su lugar.

4.1 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El **Convenio de Oviedo** impone la regla general de que *«una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento»*, tras *«recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias»*; consentimiento que, obviamente, podrá retirarse libremente *«en cualquier momento»* (art. 5). El Estado español recogió ese criterio en forma de principio básico en el **art. 2 de la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente**⁶⁶ y en su artículo tercero define el consentimiento informado como *«la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud»*.

Por otra parte, el art. 9 de la misma Ley establece que el consentimiento informado estará limitado en el supuesto de que exista un riesgo para la salud pública y cuando haya un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. También recoge el derecho del paciente a revocar el consentimiento en cualquier momento, salvo que por interés del paciente no se le permita.

El problema reside en que en muchas ocasiones el paciente no está en condiciones de ser informado y prestar el consentimiento necesario, ya sea para rechazar un tratamiento dirigido a prolongar artificialmente su vida como para aceptar un tratamiento paliativo tan relevante como es la sedación. En estos casos, será de aplicación el artículo 5.3 de la Ley 41/2002, en virtud del cual *«la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho»*.

⁶⁶Art. 2 Ley 41/2002: [...] 2.Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley. 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4.2 LAS INSTRUCCIONES PREVIAS

La posibilidad de que ese consentimiento se plasmase con carácter anticipado por si las circunstancias clínicas del paciente impidieran su manifestación abrió la puerta a las denominadas «instrucciones previas». Así, el **art.11.1 de la Ley 41/2002** las define como un documento mediante el cual una persona «mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo». En todo caso, si éstas no fueran suficientemente claras o se dieran circunstancias no previstas por el paciente en sus instrucciones previas o si en ellas se hubiera designado un representante para que, llegado el caso, fuera su interlocutor con el médico o equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones (arts. 11.1, 21), se deberá prestar el consentimiento y la información se deberá dirigir a dicho representante.

En definitiva, el documento de voluntades anticipadas pretende recoger las preferencias del paciente acerca de las líneas terapéuticas que quiere o no recibir para que también sean respetadas cuando ya no tenga capacidad de decisión, siempre y cuando éstas no vayan en contra del ordenamiento jurídico o de la buena práctica médica⁶⁷.

No obstante, se debe ser consciente de que, a pesar de que es posible que en algunos enfermos el documento de voluntades anticipadas prevenga determinados problemas, resultaría utópico pensar que una vez otorgado se fueran a evitar todas las dudas y conflictos éticos que puedan tener lugar cuando la persona ya no es capaz de tomar sus propias decisiones por sí misma puesto que es imposible poder prever exactamente esa situación, con sus posibles variables y complicaciones; y, además, debe tenerse en cuenta que la voluntad de la persona es cambiante, por lo que al tratarse de un deseo de la persona ante un supuesto hipotético, ésta podría cambiar.

⁶⁷ Comité de Ética de la Sociedad Española de cuidados paliativos. *Consentimiento informado en cuidados paliativos*. Diario Médico: 24 de abril de 2002, pp.4-5

5. LA NEGATIVA A RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA. LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

5.1 LA NEGATIVA A RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA

El Tribunal Constitucional⁶⁸, en su sentencia de 28 de marzo de 2011, ha afirmado que **forma parte del artículo 15 de la Constitución «una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas»**; este hecho implica «precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de **decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo**, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty c. Reino Unido, y también por este Tribunal (STC 1534/2002, de 18 de julio, FJ9)».

La negativa de los pacientes a recibir tratamiento médico ha comportado a lo largo del tiempo algunos problemas que se han intentado resolver en la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.

De acuerdo con los arts. 2, 8 y 10 de esta Ley, **se respeta la autonomía del paciente ante cualquier intervención en el ámbito sanitario requiriendo, con carácter general, su previo consentimiento libre y voluntaria, una vez recibida toda la información clínica**. Por lo tanto, de la redacción de estos artículos se desprende que la persona tiene derecho a decidir entre las opciones clínicas disponibles y la posibilidad de aplicación de tratamientos alternativos. De hecho, como se ha mostrado más arriba, la voluntad de la persona puede quedar por escrito a través del documento de instrucciones previas, donde ésta puede manifestar su voluntad anticipada sobre los cuidados y tratamientos que quiera

⁶⁸ Extraído de la Exposición de Motivos del Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida

recibir en el hipotético caso en que, llegado el momento, no sea capaz de expresarlo.

Bajo estas premisas, la Ley 41/2002 reconoce:

1) **El «derecho del paciente a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley».** —Esta negativa al tratamiento se hará constar por escrito (art. 2.3 y 4) y, en ese momento, se propondrá al paciente la firma del informe de alta voluntaria (art. 21.1). Si no se firma el informe, la dirección del centro podrá disponer su alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley (art. 21.1)⁶⁹.

No obstante, el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no supondrá el alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque éstos sean de carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Este hecho, también quedará reflejado en el historial (art. 21.1). Finalmente, en el supuesto de que el paciente no aceptase el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

2) También hace referencia a los **circunstancias en que los facultativos, sin necesidad de contar con su consentimiento, pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente** (art. 9.2), las cuales se pueden resumir en dos:

- a) Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. —Una vez adoptadas las medidas pertinentes, y de acuerdo con la LO 3/1986 de medidas especiales en materia de salud pública, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas, siempre que supongan el internamiento obligatorio de las personas. Esta medida se autoriza para el caso de riesgo de enfermedades transmisibles (art. 3);

⁶⁹ Se adjunta en el **Anexo IV** un cuadro-resumen sobre la actuación médica a seguir en estas circunstancias.

- b) Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o personas vinculadas de hecho a él. —En estos casos, se impone al médico la obligación de intervenir en calidad de *garante legal* de la salud del enfermo, al margen de la posible negativa a recibir tratamiento médico.

3) El **consentimiento del paciente por representación**, que se llevará a cabo en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no es capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán entonces las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c) Cuando el paciente, menor de edad, no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. En caso de que se trate de un menor emancipado o con 16 años cumplidos, no cabrá prestar el consentimiento por representación. No obstante, si se trata de una actuación de grave riesgo para el menor, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión (art. 9.3).

En caso de que el representante del paciente se niegue a prestar el consentimiento incluso en los tratamientos paliativos, el médico podrá llevar a

cabo las intervenciones clínicas indispensables, dada su condición de *garante de la salud* en los supuestos mencionados más arriba y recogidos por el art. 9.2.

Y es que, tal y como recoge la Exposición de Motivos de la Ley 2/2010 de Andalucía, relativa a los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, «aceptar el derecho de las personas enfermas a rechazar una determinada intervención sanitaria no es sino mostrar un exquisito respeto a la autonomía personal, a la libertad de cada cual de gestionar su propia biografía, asumiendo las consecuencias de las decisiones que toma».

No obstante, existen una serie de supuestos en los que esta negativa a recibir asistencia médica se ha puesto en entredicho (niños, presos, dependencia de terceras personas) y que se pasan desarrollar someramente en el **Anexo IV**.

5.2 LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

En el ámbito hospitalario el conflicto ético respecto a qué acciones resultan adecuadas ante una situación límite en la que se compromete la vida y la muerte viene siendo, en los últimos años, un escenario que se da día tras día. La indeterminación e inseguridad de ese momento es consecuencia de la gran carga ética que tienen las actuaciones —o no actuaciones— los médicos que atienden a dicho paciente.

Para empezar, el dilema ante el cual se encuentra la persona que atiende al enfermo que está en una fase de agonía o terminal, reside en la lucha entre el **principio de santidad** de la vida, que otorgando un respeto absoluto a la vida frente al **principio de calidad de vida** —basado en el derecho de disponer sobre sí mismo en las situaciones en que ésta se halle ausente—. En este mismo debate, también tiene cabida una tercera vía, según la cual, «**la vida humana, aun cuando se le reconozca una dimensión trascendental o incluso por ello mismo, no tiene por qué ser mantenida en determinadas situaciones extremas que, en aras de la seguridad jurídica, se han de precisar**»⁷⁰. Ante esto, cabe destacar la **Recomendación 779 del Consejo de Europa**, que declara que «prolongar la vida

⁷⁰ Alonso Álamo, M. “La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico)”. *Revista Penal*, nº20 (julio 2007), p.3

no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento».

El artículo 27 del **Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC)**⁷¹ establece que «el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste» y, a continuación, aclara que «el médico no deberá emprender o continuar acciones, diagnósticas o terapéuticas, sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables». Así pues, de este artículo se desprende que, **en primer lugar, el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. No obstante, cuando ello no sea posible, éste tendrá la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, lo cual puede incluir la interrupción o no inicio de un tratamiento por no considerarlo médicamente indicado y la instauración, en su defecto, de un tratamiento que indirectamente puede suponer la anticipación de la muerte.** Por lo tanto, estos supuestos no deben considerarse como eutanasia, sino de una **actuación médica correcta conforme con la *lex artis*.**

¿En qué posición queda la dignidad de la persona en este contexto? La dignidad supone el rechazo de cualquier intento de instrumentalización, ya que si la persona se cosificase constituiría un ataque a ésta. En consecuencia, podría constituir un **ataque a la dignidad** el hecho de mantener artificialmente con vida, con apoyo de medios técnicos sofisticados, al enfermo en estado vegetativo persistente con pronóstico de desenlace fatal⁷².

Además, el hecho de permanecer conectado podría considerarse como un trato inhumano o degradante en la prolongación innecesaria de la vida, dando

⁷¹ Extraído de León-Castro Alonso, J. (2011). *Derecho a la vida: ¿hacia una muerte digna? Breves reflexiones en torno a la Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*. Barcelona: Bosch, pp. 46-48

⁷² Alonso, Op. Cit., p.12

lugar al denominado “**encarnizamiento terapéutico**” o “**ensañamiento terapéutico**”, en los casos en que el sujeto estuviera inconsciente y no hubiera manifestado previamente su voluntad de ser mantenido con vida en situación tan extrema. Evidentemente, si se conociera la voluntad del paciente y ésta fuera la de mantenerse con vida en tales circunstancias, en ese caso, no se consideraría un trato inhumano o degradante.

No obstante, ROMEO CASABONA⁷³ advierte que «no es suficiente para que pueda admitirse sin más la ausencia de dignidad, o para que pueda entenderse legitimada la intervención de terceros que le auxilian a morir, la voluntad de morir de quien “entiende” que vive en condiciones indignas como tampoco es suficiente que alguien considere indigno “subjektivamente” el sometimiento a medios o aparatos artificiales, desconociendo “los innegables logros de la Medicina para combatir la enfermedad y la muerte”». Y es que, como bien dice, una cosa es que «moralmente haya de respetarse la decisión aunque se considere incomprensible y otra cuestión bien distinta es que sea conforme a la dignidad y, en particular, que puedan extraerse de aquí prescripciones para terceros».

6. LOS CUIDADOS PALIATIVOS

6.1 CONCEPTO

De acuerdo con el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE (5 de mayo de 1991), los cuidados paliativos se definen como «una **asistencia total, activa y continuada de los pacientes y familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y a su familia, sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo**»⁷⁴.

⁷³ Romeo Casabona citado y reformulado por Alonso Álamo, M. en “*La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico)*”. *Revista Penal*, nº20 (julio 2007), p.13

⁷⁴ Recogido por Andreu Tena, E. (coord.) en *Responsabilidad médica en la práctica clínica asistencia*. Cap. 6. Enfermos terminales. Tratamientos paliativos. ANARR Nuevo Siglo, SL: Madrid, 2014, p.53

Por otra parte, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** ha destacado que **los cuidados paliativos son uno de los pilares de la atención a los pacientes con procesos crónicos en fases avanzadas y terminales**. En este sentido, afirma que el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial no sólo en esos estadios de la enfermedad, sino que el tratamiento paliativo debe aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades del paciente y su familia⁷⁵. Además, añadió que los cuidados paliativos **no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avance la enfermedad** puesto que «los cuidados paliativos afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural, ni adelantan ni posponen la muerte, proporcionan alivio del dolor y otros síntomas, integran los aspectos psicosociales y espirituales en el cuidado del paciente, ofrece un sistema de ayuda para que los pacientes puedan vivir lo más activamente posible hasta el momento de su muerte y ofrece apoyo a la familia para afrontar la enfermedad del paciente en su propio medio».

Se estima que más de la mitad de las personas que fallecen cada año en España atraviesan una etapa avanzada y terminal. Por lo tanto, el sistema sanitario debe dar una respuesta adecuada a las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de cada uno de los pacientes y sus seres queridos. Así pues, es preciso que haya una respuesta integral y coordinada del sistema sanitario a todos los pacientes que así lo precisen, donde y cuando lo necesiten⁷⁶. Los tratamientos paliativos **aparecen cuando la expectativa no es la curación de la persona, sino cuando lo que se pretende es dar calidad de vida al paciente que sufre una enfermedad terminal** —fin totalmente distinto al de alargar o acortar su vida— **para que éste pueda vivir lo más activamente posible hasta el momento de su muerte**. Para ello, tomando como referencia las definiciones de la OMS y del Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos, se deben emplear los medios necesarios para proporcionar un alivio del dolor y otros síntomas,

⁷⁵ Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León. (2015). *Definición de cuidados paliativos*. Recuperado desde <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=252&sel=269>

⁷⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud* (Prólogo). Recuperado desde

integrando tanto aspectos psicosociales como espirituales en el cuidado de la persona que padece dicha enfermedad⁷⁷.

Por lo tanto, se puede decir que los tratamientos paliativos son una **actividad sanitaria multidisciplinar cuyos únicos límites son el respeto a la dignidad humana del paciente y la prohibición de dirigirse a causar la muerte.**

Este tipo de tratamientos exige el **consentimiento del paciente** al que van dirigidos, de acuerdo con el art. 8.1 de la Ley 41/2002⁷⁸: *«Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso»*. Además, como los cuidados paliativos pueden comportar en ocasiones procedimientos que suponen graves riesgos o inconvenientes que pueden perjudicar a la salud del paciente, el consentimiento debe ser por escrito (art. 8.2 Ley 41/2002).

6.2 LA SEDACIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La sedación en Cuidados Paliativos⁷⁹ es una técnica terapéutica cuyo objetivo es el alivio de síntomas refractarios —es decir, un síntoma que no puede controlarse a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que se vea comprometida la conciencia del paciente⁸⁰— que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla al final de su vida. No obstante, hay que tener en cuenta el profundo significado antropológico que comporta, que no es otro que la renuncia a experimentar conscientemente la propia muerte.

Llegado el momento en la vida de una persona que se halla en una etapa de enfermedad avanzada y terminal, el objetivo prioritario del equipo médico que le atiende es mantener la calidad de vida y no la salvaguarda a ultranza de ésta ya que, de lo contrario, el paciente podría ser sujeto de una obstinación terapéutica,

⁷⁷ Andreu Tena, Op. Cit., p.54

⁷⁸ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

⁷⁹ Se adjunta como **Anexo V** vocabulario terminológico relativo a la sedación paliativa.

⁸⁰ Sociedad española de Cuidados Paliativos. (24 abril 2002). Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. Diario Médico. Recuperado desde <http://www.unav.es/cdb/secpal4.html>

es decir, podría llegar a darse una situación en la que a dicha persona que se encuentra en una situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación⁸¹.

Dentro de la sedación paliativa cabe hacer una distinción entre la sedación paliativa propiamente dicha y la sedación terminal⁸²:

- **La sedación paliativa *strictu sensu*.** —Se trata de la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.
- **La sedación terminal.** —Consiste en la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

En la sedación paliativa, puede entenderse que tiene lugar el denominado “principio de doble efecto” ya que el efecto deseado es el alivio del sufrimiento y el indeseado la privación de la conciencia⁸³.

Llegados a este punto, podría preguntarse uno si este tipo de sedación implicaría de alguna manera, que se estuviera ante un supuesto de eutanasia. Para ello, véase **Anexo V**.

⁸¹ Art. 5.i) de la Ley 2/2010, de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

⁸² Definición extraída de Aspectos éticos...Op. Cit., p.2

⁸³ Aspectos éticos...Op. Cit., p.4

CAPÍTULO III. EUTANASIA Y DERECHO COMPARADO

En este último capítulo se van a plantear desde el punto de vista del derecho comparado las distintas formas en las que algunos estados han decidido abordar la cuestión de la eutanasia o, parafraseando lo dicho al inicio de este trabajo, cómo enfrentarse al fin de la vida de tal manera que la dignidad y la autonomía de la persona se vean mermadas lo menos posible.

Debido a las premisas marcadas para la realización de este trabajo (consistente no sólo en el estudio de la regulación penal, sino también en analizar cómo se afrontan en la vida real este tipo de situaciones indicadas) en este punto examinaré cuál es actualmente el *status quo* de la cuestión en Francia, Holanda y Canadá. La razón por la que he seleccionado estos tres países y no otros ha sido, en el caso de Francia y Canadá la actualidad jurídica y el debate social⁸⁴ que ha suscitado este tema en los últimos meses ya que ello es un claro indicador de la concepción social sobre el fin de la vida y puede suponer una línea a seguir para países como España⁸⁵. Por otro lado, el análisis de las leyes holandesas me ha parecido una adecuada elección por cuanto es un país que recoge en su legislación tanto la práctica de la eutanasia como la del suicidio asistido, así como una regulación específica de aquellos casos en los que se ven implicados menores de edad.

⁸⁴ A título ilustrativo: Rey, F. (20 marzo 2015). El derecho a morir con ayuda médica. *El País*. Recuperado desde http://elpais.com/elpais/2015/03/07/opinion/1425761619_521976.html ; Sánchez-Mellado, L. (16 marzo 2015) Crónica de una muerte corriente. *El País*. Recuperado desde http://politica.elpais.com/politica/2015/03/14/actualidad/1426354871_204160.html ; Pérez, J.C. (10 mayo 2015) “Ars moriendi”: el arte del bien morir. *The Huffington Post*. Recuperado desde http://www.huffingtonpost.es/juan-carlos-perez/ars-moriendi-el-arte-del-b_7213630.html?utm_hp_ref=spain

⁸⁵ No se debe olvidar que Francia es nuestro país vecino y habitualmente existe un desarrollo jurídico recíproco en cuanto a las perspectivas que se adoptan para la regulación de las instituciones; el Tribunal Constitucional, por su parte, alguna que otra vez se ha inspirado en la doctrina y jurisprudencia constitucional canadiense en algunas de sus sentencias.

1. FRANCIA

Se expuso al principio del presente trabajo que una de las críticas que se hace a la regulación española es que en su Código Penal no se incluye el término «eutanasia». Pues bien, en primer lugar, se puede constatar que en el Código Penal francés de 1994 (en adelante, CPFr) ni siquiera existe un artículo dedicado expresamente a ello que pudiera venir siendo un equivalente a nuestro artículo 143.4 CP.

En efecto, en el CPFr no se contempla un supuesto específico para la eutanasia, por lo que su subsunción se realiza a través del artículo 221-1 y siguientes. Concretamente, el artículo 221-1 CPFr recoge el delito de homicidio y dispone lo siguiente:

«Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle»

{El hecho de ocasionar la muerte a otra persona constituye un homicidio. Este hecho está castigado con una pena de treinta años de prisión}⁸⁶.

Hasta principios del año 2015, Francia había abordado el fin de la vida mediante tres leyes:

- 1) *Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*⁸⁷. —Más conocida como *Loi Kouchner I*, garantiza el **derecho a los cuidados paliativos**.
- 2) *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*⁸⁸. —Más conocida como *Loi Kouchner II*

⁸⁶Todas las traducciones del presente trabajo son una traducción libre de su autora, quien ha intentado respetar al máximo su sentido original, teniendo en cuenta los distintos contextos culturales de los que se parte.

⁸⁷Legifrance. (2015). *Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*. Recuperado desde <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121&dateTexte=&categorieLien=id>

regula los **derechos de los enfermos y la calidad del sistema de salud**. Así mismo, refuerza el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento y pone en marcha un plan de desarrollo de los cuidados paliativos.

- 3) *Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*⁸⁹. —Más conocida como la *Loi Leonetti*, regula los derechos de los enfermos y el fin de la vida. Esta ley incorpora como novedad el **rechazo del encarnizamiento terapéutico** y, al mismo tiempo, la **prohibición de la ayuda activa a morir**.

Además de estas dos características, la *Loi Leonetti* refuerza los **deberes de los médicos** en materia de información y escucha de los enfermos. Así mismo, reafirma el **derecho del paciente a rechazar aquellos tratamientos que considere desproporcionados o inútiles** así como el **respeto de la autonomía del paciente**, dentro de la cual cabe destacar especialmente la **regulación de las directives anticipées** o voluntades anticipadas⁹⁰.

Sin embargo, la sociedad francesa reivindica, al igual que la española, una mayor regulación y aclaración tanto de los términos en los que un médico o facultativo puede actuar como de los derechos que tienen las personas (y sus allegados) ante estas situaciones⁹¹. Como se puede observar, al igual que sucede en nuestro país, la mayor parte de su sociedad considera que sólo con la configuración de una buena regulación se podrá afirmar que existe un verdadero respeto hacia la voluntad de aquél cuya vida llega a su fin. Por desgracia, todavía a día de hoy queda un largo camino por recorrer en este sentido.

⁸⁸Légifrance. (2015). *Loi n° n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Recuperado desde <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

⁸⁹Légifrance. (2015). *Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*. Recuperado desde <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>

⁹⁰Leclair, A. (9 marzo 2015). Fin de vie: un débat passionnel. *Le Figaro*. Recuperado de <http://www.lefigaro.fr/assets/fin-de-vie/index.html>

⁹¹Para más información, consulte la página del gobierno francés: *Débat sur la fin de vie: ce qu'il faut savoir*. Recuperado desde <http://www.gouvernement.fr/fin-de-vie-ce-qu-il-faut-savoir-avant-l-ouverture-du-debat>

Dentro de este contexto jurídico y social, el actual Presidente de la República Francesa, **François Hollande**, en su campaña electoral de las elecciones presidenciales de 2012 incluyó en su programa electoral y como **compromiso nº21** lo siguiente :

«Toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité».

{Toda persona mayor de edad que se encuentre en una fase avanzada o terminal de una enfermedad incurable que le ocasione un sufrimiento físico o psíquico insoportable y que no puede aliviarse, puede solicitar, dentro de las más estrictas y precisas condiciones, una asistencia medicalizada para acabar con su vida con dignidad}.

Por lo tanto, tal y como se desprende de su literal, esta propuesta dejaba abierta la **posibilidad de una legalización de la eutanasia** en Francia en caso de que el candidato socialista ganase las elecciones. De hecho, fue una de las “propuestas estrella” del candidato, junto con la legalización del matrimonio homosexual, durante toda su campaña electoral.

Tal y como recoge el ***Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti Créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*** {Informe de presentación y texto de la proposición de ley de los señores Alain Claeys y Jean Leonetti que crea nuevos derechos a favor de los enfermos y de las personas en el fin de su vida}, Francia se encuentra ante la situación de que tanto la Ley de 1999 sobre cuidados paliativos como la Ley *Leonetti* no son suficientes para garantizar los derechos de los ciudadanos en el momento de la muerte. Es más, en su informe, afirman

claramente que «*au moment de la mort, nos concitoyens ne sont pas tous égaux*»⁹²{en el momento de la muerte, nuestros conciudadanos no son todos iguales}, denunciando una desigualdad territorial en el acceso a los cuidados paliativos, así como una formación insuficiente por parte del personal médico en cuanto a los cuidados paliativos, y un desconocimiento por su parte en cuanto a la aplicación efectiva de las leyes en vigor.

Es por estos motivos que en la Proposición de Ley, presentada, debatida y votada los pasados días 10 y 11 de marzo, establece el **derecho de todas las personas a tener un final de vida digno y tranquilo**. Para satisfacer este derecho, los profesionales médicos deben emplear todos los medios que tengan a su disposición y es este objetivo la razón por la que, esta nueva Ley, presenta las **novedades** siguientes:

- 1) Obligatoriedad de las *directives anticipées*;
- 2) La interrupción del tratamiento;
- 3) El reconocimiento del «derecho a no sufrir».
- 4) El reconocimiento del «derecho a la sedación terminal».

A continuación se analizan todas estas cuestiones.

1.1 LA OBLIGATORIEDAD DE LAS *DIRECTIVES ANTICIPÉES*

En las *directives anticipées* (en adelante, voluntades anticipadas) se expresa la voluntad de la persona en lo que respecta a las condiciones de rechazo, de limitación o de interrupción de los tratamientos y actos médicos, tanto para aquellas situaciones en la que el enfermo se encuentre en el final de su vida como para aquellos casos en los que éstos rechazan un tratamiento.

La ley que acaba de aprobar la Asamblea Nacional francesa modifica su regulación y, a diferencia de la Ley *Leonetti* (2005), **las últimas voluntades prestadas por el paciente se convierten en obligatorias para el médico que le**

⁹²Claeys, R., Leonetti, J. (2014). *Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Clarys et Jean Leonetti Créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* (p.7). Recuperado de <http://www.elysee.fr/assets/Uploads/Rapport-et-proposition-de-loi-creant-de-nouveaux-droits-en-faveur-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie.pdf>

atienda y no facultativas como así se preveía anteriormente, **salvo en situaciones de emergencia mientras dure el período de evaluación de la situación o éstas sean manifiestamente inapropiadas**, caso éste último en el que el médico deberá consultar con otro facultativo y motivar por escrito en la historia clínica del paciente su decisión de no seguir las indicaciones expresadas por éste en el documento de voluntades anticipadas (artículo 1111-11). Así mismo, **éstas pueden ser revocables en cualquier momento** (anteriormente se debían renovar cada tres años) y, además, para facilitar el reconocimiento de aquellas personas que han suscrito un documento de voluntades anticipadas, se propone que dicha situación se inscriba en la tarjeta sanitaria.

1.2 LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO

La nueva ley aprobada, aunque todavía no ha entrado en vigor, reconoce por primera vez el **derecho de cualquier persona a rechazar o a interrumpir cualquier tratamiento** (*Séction 2. Expression de la volonté des malade refusant un traitement et des malades en fin de vie*).

No obstante, la actuación médica no acaba con el rechazo o interrupción del tratamiento: **el médico deberá continuar con el seguimiento del paciente, haciendo especial hincapié en los cuidados paliativos** (artículo 1111-4).

Evidentemente, para que el paciente sea capaz de decidir sobre el rechazo o interrupción del tratamiento, éste **debe ser informado de su gravedad** y de las consecuencias de su elección (artículo 1111-4).

Pero, **¿qué ocurre cuando se quiere interrumpir o rechazar un tratamiento y, además de no haber redactado un documento de voluntades anticipadas, la persona no está en condiciones de expresar su voluntad?** En esta nueva ley, el artículo 1111-12 establece que, en ausencia de dichas voluntades anticipadas, el médico tiene la obligación de preguntar cuál es la voluntad del paciente y, en caso de que éste no pueda expresar su voluntad, éste deberá preguntarles a la **«persona de confianza»** que el paciente haya nombrado previamente por escrito, pudiendo ser un familiar, un amigo o incluso el propio médico que le esté tratando; a falta de ella, deberá **preguntarle a la familia o a sus allegados**. Así mismo, en el caso de los **menores de edad**, la ley prevé que

las personas de confianza a quienes el personal médico debe preguntar sean los **padres o tutores legales** del menor.

1.3 EL RECONOCIMIENTO DEL «DERECHO A NO SUFRIR»

Otra novedad que se incluye en esta nueva ley es el establecimiento de un marco de **actuación médica en los casos de síntoma refractario**, es decir, aquellos supuestos en los que el sufrimiento no se puede controlar con los tratamientos disponibles, por lo que para su alivio se requiere la disminución de la conciencia para que el paciente no note el síntoma.

Pues bien, en estos casos, la nueva ley afirma en su artículo 1110-5-3 que *«toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte, évaluée et traitée»*. {Toda persona tiene derecho a recibir los tratamientos y cuidados necesarios para aliviar su sufrimiento. Este sufrimiento debe ser previsto en cualquier circunstancia, tenido en cuenta, evaluado y tratado}.

Para ello, considera que el médico debe poner a disposición del paciente el conjunto de tratamientos analgésicos y sedativos necesarios para responder a dicho síntoma en fase avanzada o terminal, aún cuando éstos tengan como efecto un acortamiento de la vida.

En relación con este derecho a no sufrir, el artículo 1110-5-1 regula la actuación médica del **ensañamiento terapéutico**:

«[...] Lorsque les traitements n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient et selon une procédure collégiale, ils son suspendus ou ne sont pas entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10. La nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement».

{[...] Cuando los tratamientos no tengan otro efecto más que el simple mantenimiento artificial de la vida, bajo la reserva de tener en cuenta la voluntad del paciente y según un procedimiento colegial, éstos se suspenderán o no se iniciarán. En ese caso, el médico salvaguardará la dignidad del fallecido y asegurará la calidad de su vida dispensando los cuidados recogidos en el artículo 1110-10. La nutrición y la hidratación artificial constituyen un tratamiento}

Lo que se establece en dicho precepto es, en definitiva, la suspensión o no iniciación de aquellos tratamientos que ya no tengan otro efecto más que el mero mantenimiento artificial de la vida, siempre y cuando para ello se haya tenido en cuenta la voluntad del paciente y de acuerdo con un procedimiento colegial establecido.

1.4 EL RECONOCIMIENTO DEL «DERECHO A LA SEDACIÓN TERMINAL»

El aspecto que ha suscitado mayor debate ha sido la disposición que permite la **aplicación de una sedación profunda y continua en aquellos casos en los que el fallecimiento de la persona se produce en la fase terminal de una enfermedad**. Evidentemente, para ello, debe partirse del concepto médico de fase terminal. Sin embargo, para nuestra sorpresa, éste no se encuentra definido en la Ley, por lo que nos remitimos como primera aproximación a la *voluntas legislatoris* a las palabras del Primer Ministro francés, quien la define como aquella fase terminal de la vida en la que el pronóstico vital se ve comprometido a corto plazo⁹³.

Concretamente, el artículo 1110-5-2 establece lo siguiente:

⁹³ Claeys, R., Leonetti, J. (2014). *Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti Créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* (p.19). Recuperado desde <http://www.elysee.fr/assets/Uploads/Rapport-et-proposition-de-loi-creant-de-nouveaux-droits-en-faveur-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie.pdf>

*«À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie, **un traitement à visée sédatrice et antalgique provoquant une altération profonde et continue de la vigilance jusqu'au décès associé à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie est mis en œuvre dans les cas suivants :***

- 1) Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement,*
- 2) Lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme. [...]».*

{A petición del paciente de evitar cualquier sufrimiento y de no prolongar inútilmente su vida, **se aplicará un tratamiento con intención sedativa y analgésica que provoque una alteración profunda y continua de la atención hasta el fallecimiento, cuando ello esté asociado a la interrupción del conjunto de los tratamientos que le mantienen en vida en los casos siguientes:**

- 2. Cuando el paciente padezca una enfermedad grave e incurable cuyo pronóstico vital comprenda un corto plazo y presente un síntoma refractario al tratamiento.*
- 3. Cuando la decisión del paciente, que padece una enfermedad grave e incurable, sea la de interrumpir un tratamiento que comprometa su pronóstico vital a corto plazo. [...]*

Teniendo en cuenta lo dicho más arriba en caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad y el rechazo al ensañamiento terapéutico, el médico tiene, en estos supuestos, el médico tiene la obligación de aplicar un **tratamiento**

con intención sedativa y analgésica que provoque una alteración profunda y continua de la atención hasta su fallecimiento.

El tratamiento con intención sedativa y analgésica previsto en el presente artículo será de aplicación de acuerdo con el procedimiento colegial definido por el Código Deontológico, el cual permitirá comprobar que las condiciones de aplicación del presente artículo se han cumplido. Dicho procedimiento será inscrito en la historia clínica del paciente.

Por lo tanto, y en base al análisis que se acaba de elaborar, considero que **el Estado francés lo único que ha hecho con la última reforma legislativa acaecida recientemente ha sido llevar a cabo una modificación de la *Loi Leonetti*, otorgando desde nuestro punto de vista una mayor relevancia a la autonomía de la voluntad del paciente. Por lo tanto, las aspiraciones de algunos sectores de la sociedad que veían en ello la oportunidad de despenalizar la eutanasia se han visto mermadas** y lo único que ha establecido esta nueva Ley, como bien ilustra *Le Figaro*⁹⁴ es el «derecho a dormir antes de morir» en vez de un «derecho a morir».

A modo de conclusión se podría decir que, en comparación con nuestro ordenamiento jurídico, esta nueva regulación francesa no va más allá de lo que en cierto modo ya viene recogido en nuestras leyes estatales, complementadas con las leyes autonómicas sobre los derechos y garantías en el proceso de la muerte, tal y como se muestra más esquemáticamente en el cuadro comparativo que se acompaña en el **Anexo VI**. No obstante, debe admitirse que al tratarse de una regulación estatal, el legislador francés dota de mayor seguridad jurídica tanto a las actuaciones médicas, como a los derechos de los pacientes y sus allegados que la legislación española.

⁹⁴ Leclair, A. (12 marzo 2015). Pas d'euthanasie mais une «sédation» : l'adoption de la loi fin de vie divise. *Le Figaro*. Recuperado de <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/03/12/01016-20150312ARTFIG00169-pas-d-euthanasie-mais-une-sedation-l-adoption-de-la-loi-fin-de-vie-divise.php>

2. HOLANDA

Holanda es el caso más paradigmático en el que la eutanasia está despenalizada en todas sus formas. Por lo tanto, nos encontramos ante un supuesto más amplio de eutanasia que el recogido en España o Francia.

2.1 PLANTEAMIENTO GENERAL

La *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*⁹⁵ {Ley relativa a la terminación de la vida bajo petición y el suicidio asistido} (en adelante Ley de terminación de la vida bajo petición), en vigor desde el 1 de abril de 2002, es la ley holandesa que regula la práctica de la eutanasia y, además, enmienda los artículos del Código Penal holandés (en adelante, CPNI) los cuales pasan a estar redactados tal y como se expresan a continuación.

El **artículo 293 CPNI** (modificado por el artículo 20.A de dicha Ley) establece lo siguiente:

1. *Any person who terminates another person's life at that person's express and earnest request shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fifth-category fine.*
2. *The act referred to in the first paragraph shall not be an offence if it committed by a physician who fulfils the due care criteria set out in Article 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, and if the physician notifies the municipal pathologist of this act in accordance with the provisions of Article 7, paragraph 2 of the Burial and Cremation Act.*

{1. Cualquier persona que ponga fin a la vida de otra persona por petición expresa y seria de ésta, será condenada a una pena de prisión no superior a 12 años o a una sanción de quinta categoría.

⁹⁵ (2005) *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* <http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/Holanda%20Ley%202002.pdf>

2. La actuación referida en el primer párrafo no se considerará delito si quien lo lleva a cabo es un médico que realiza su actuación de acuerdo con los criterios de diligencia debida establecidos en el artículo 2 de la Ley de terminación de la vida bajo petición, y notifica al patólogo municipal la realización de este acto, de acuerdo con las disposiciones del artículo 7 párrafo segunda de la Ley de cremación y inhumación. }

Por lo tanto, tal y como se desprende de este artículo, **la práctica de la eutanasia sólo la puede realizar un médico**, y no cualquier persona.

En el mismo sentido, **en Holanda se concibe la eutanasia como la terminación de la vida por parte de un médico a petición del paciente, pero también se acepta la asistencia de aquél en su suicidio** (*physician-assisted suicide*).

Así queda establecido en el **artículo 294 CPNI** (modificado por el artículo 20.B de la Ley), que dice lo siguiente:

- 1. Any person who intentionally incites another to commit suicide shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fine of the fourth-category fine.*
- 2. Any person who intentionally assist another to commit suicide or provides him with the means to do shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fourth-category fine. Article 293, paragraph 2 shall apply mutatis mutandis.*

{1. Cualquier persona que intencionadamente incite a otra a suicidarse, si éste se consuma, será castigada con una pena de prisión no superior a tres años o a una multa de cuarta categoría.

2. Cualquier persona que intencionadamente asista a otra para que lleve a cabo su suicidio o le proporcione a ésta los medios para hacerlo, si éste se consuma, será castigada con una pena de prisión no superior a 3 años o a una sanción de cuarta categoría. **Será aplicable el artículo 293, párrafo 2 mutatis mutandis.** }.

No obstante, para la aplicación de estos artículos no se debe olvidar el contexto en que se deben emplear, que no es otro que aquél en el que el paciente está padeciendo un sufrimiento insoportable que no tenga ninguna perspectiva de

mejora y que el médico que le atiende cumpla con los criterios de diligencia debida establecidos por la Ley y, como veremos más adelante, notifique la muerte por causas no naturales al respectivo comité de revisión de la eutanasia regional.

De acuerdo con el **artículo 2.1** de la Ley de terminación de la vida bajo petición, los **requisitos para que se considere que el médico ha actuado con una diligencia debida** a los que se refiere el artículo 293 párrafo segundo CPNI implican que el médico:

- a) Tiene la convicción que la petición realizada por el paciente es voluntaria y que se ha sopesado de manera meditada y reflexionada por parte de éste;
- b) Tiene la convicción de que el sufrimiento del paciente es persistente e insoportable;
- c) Ha informado al paciente sobre la situación en la que está y sobre sus perspectivas;
- d) El paciente mantiene la convicción de que no hay otra solución razonable para la situación en la que se encuentra;
- e) El médico ha consultado, al menos, con otro médico independiente y ajeno al caso quien, tras ver al paciente, ha dado su opinión por escrito en cuanto a los requisitos del cuidado debido referido en los cuatro apartados anteriores;
- f) El médico ha puesto fin a la vida o le ha asistido en su suicidio con la diligencia debida.

Un **principio básico** que a nuestro parecer resulta de suma importancia es el que se ha venido estableciendo por parte de la jurisprudencia en estos supuestos, y que no es otro que la existencia de una **relación estrecha entre el médico y el paciente**⁹⁶. Un médico sólo puede practicar la eutanasia en un paciente que esté a su cuidado y a su cargo; con lo cual, resulta lógico que,

⁹⁶ Netherlands Ministry of Foreign Affairs. International Information and Communication Department in cooperation with the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice. (2010). *Q & A Euthanasia: a guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* (p.18). Recuperado desde <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/leieuhol.pdf>

llegado el momento, éste conoce lo suficientemente bien al paciente para ser capaz de valorar si la petición de eutanasia es voluntaria y ha sido bien sopesada y meditada, y si su sufrimiento es insoportable y no tiene ninguna perspectiva de que mejore.

En mi opinión, considero que este criterio es muy importante en cuanto proporciona una mayor seguridad jurídica en las actuaciones eutanásicas, y cierra una puerta a la arbitrariedad de su aplicación. Además, es un mecanismo para evitar que personas extranjeras vayan a Holanda en búsqueda de que se les practique la eutanasia, dentro del marco legal de ese país. Este comportamiento, más conocido como «turismo de la muerte», es un calificativo que suele darse a las actuaciones de países como Holanda o Suiza. Justamente a este último, Suiza, suele asociarse como país de referencia en la práctica de la eutanasia. Sin embargo, para sorpresa de muchos, este pequeño estado sólo tiene legalizado el suicidio asistido, no la eutanasia activa directa. Para profundizar un poco más esta cuestión, consúltese el **Anexo VII**.

Ambas modalidades de poner fin a la vida bajo petición del paciente, deben informarse a uno de los cinco *Regional Euthanasia Review Committees*⁹⁷ (vendrían a ser comités regionales de supervisión de la actuación del médico en el supuesto de eutanasia y que están compuestos por al menos un médico, un experto en aspectos éticos y un experto legal), quienes se encargarán de calificar si el médico ha realizado su actuación con la diligencia debida.

En el caso de que el médico no cumpla con los criterios establecidos en este artículo 2, serán de aplicación los artículos 293.1 y 294 CPNI que se han descrito más arriba.

La legalización de la eutanasia, como se puede comprobar, no implica que los pacientes tengan un derecho absoluto a ella; es más: los médicos tampoco tienen un deber absoluto de actuar en estos casos. Aquí es donde entra la **objeción de conciencia del personal facultativo**⁹⁸, ya que tanto los médicos como las enfermeras que atienden al paciente no están obligados a participar en ese acto y

⁹⁷ Government of The Netherlands. (2015). *Euthanasia, assisted suicide and non resuscitation on request*. Recuperado desde <http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

⁹⁸ Government of The Netherlands. (2015). *Is euthanasia allowed?*. Recuperado desde <http://www.government.nl/issues/euthanasia/is-euthanasia-allowed>

pueden derivar al paciente a otro médico que sí responda y actúe a su petición de eutanasia.

En la regulación holandesa no se explicita que dicha petición deba ser por escrito, por lo que personalmente deduzco que también **se aceptan las peticiones orales**. En ese caso, la petición debería cumplir con todas las garantías posibles para cerciorarse de que, realmente, se trata de una petición seria e inequívoca. Para ello, creo que resultaría interesante la presencia de un testigo en el momento en el que se fueran a otorgar. Así mismo, un facultativo debería evaluar que la petición del paciente es persistente y no, por ejemplo, fruto de un período agudo de su enfermedad. No obstante, sí considera recomendable que ésta se haga por escrito, ya que ello siempre ayudará mucho más al ejercicio médico, sobre todo en aquellos casos en los que el paciente no es capaz de expresar su voluntad.

Para acabar, creemos necesario mencionar el hecho de que, **en el marco de la legislación holandesa el sufrimiento psíquico o psicológico sí se admite como razón para la práctica de la eutanasia**⁹⁹. No obstante, se trata de un supuesto muy complejo y delicado ya que, si en un paciente su sufrimiento no está causado principalmente por algo físico, sino que es más bien psíquico es difícil poder valorar de manera objetiva si una petición de eutanasia es voluntaria y razonada, en el sentido de que debe tratarse de una petición y un deseo persistente en el tiempo, que no se den en un momento puntual de la enfermedad.

En tales casos, el médico deberá consultar no uno sino dos especialistas independientes y ajenos al caso, de los cuales al menos uno deberá ser un psiquiatra. Éstos se entrevistarán y examinarán personalmente al paciente.

2.2 SUPUESTOS ESPECÍFICOS

De la redacción de la Ley de terminación de la vida bajo petición se desprende que **la petición de la práctica de eutanasia sólo la puede realizar el propio paciente**, sin que quepa la opción de que ésta la realicen los familiares o amigos. De esta aserción se concluye que, en Holanda, todas aquellas personas

⁹⁹ Netherlands Ministry of Foreign Affairs. International Information and Communication Department in cooperation with the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice. (2010). *Q & A Euthanasia: a guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*. (p.15). Recuperado desde <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/leieuhol.pdf>

que quieren que se les practique la eutanasia pero que temen que, llegado ese momento, no vayan a ser capaces de expresar su petición, lo que deben hacer es plasmar en sus *advance directives*¹⁰⁰ (en adelante, voluntades anticipadas) las circunstancias concretas en las que éstos desearían una actuación eutanásica. Este documento constituirá la petición al médico y deberá contener una expresión clara que no deje lugar a equívocos de los deseos del paciente.

Por lo tanto, de todo ello infiero que las instrucciones contenidas en las voluntades anticipadas holandesas son de cumplimiento obligatorio para el médico. Sin embargo, hay algunas situaciones que requieren una atención especial y que, a continuación, pasamos a describir.

2.2.1 EL ESTADO DE SEMI-INCONSCIENCIA

No obstante, la **Royal Dutch Medical Association**¹⁰¹ ha emitido unas **directrices** con el fin de dar mayor seguridad médica a aquellos facultativos que se encuentran ante situaciones en las que el **paciente** está **en estado de semi-inconsciencia**¹⁰². En ellas, se establece que, a pesar de encontrarse semi-inconsciente, si el médico observa que persisten todavía signos de sufrimiento, éste puede practicarle la eutanasia a pesar del bajo grado de consciencia del paciente.

Por lo tanto, en estos supuestos —que por cierto, en la vida real no son casos aislados— la decisión quedaría al final en manos del médico, contraviniendo así a lo que se ha enunciado más arriba. En este caso, sería el facultativo que lo atendiese en ese caso quien podría tomar la decisión de practicarle la eutanasia ante la presencia de síntomas que indicasen que el paciente

¹⁰⁰ Government of The Netherlands. (2015). *Euthanasia, assisted suicide and non resuscitation on request*. Recuperado desde <http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

¹⁰¹ Asociación profesional de médicos de Holanda fundada en 1849. Vendría a ser el colegio de médicos holandeses. Proporciona guías y políticas a seguir por parte de los médicos con el objeto de mejorar la salud pública y los cuidados ofrecidos por los médicos. La regulación de su estatuto se contiene en los artículos 3 a 19 de la Ley de terminación de la vida bajo petición. Para mayor información, puede consultar su página web: <http://knmg.artsennet.nl/Over-KNMG/About-KNMG.htm>

¹⁰² Government of The Netherlands. (2015). *Euthanasia, assisted suicide and non resuscitation on request*. Recuperado desde <http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

semi-inconsciente e incapaz de expresar su voluntad continúa sufriendo. En mi opinión, a pesar de que ello podría considerarse como una relajación de la ley, considero que no es así: es preciso sacar a colación los principios éticos de los médicos recogidos en su Juramento Hipocrático; entre dichos principios destacan especialmente el principio de beneficencia y no maleficencia, que exigen fundamentalmente al médico que ponga todos sus conocimientos científicos, así como sus valores éticos y dedicación al servicio del enfermo.

2.2.2 LA DEMENCIA

Otro supuesto delicado al que se enfrenta el médico es aquél en el que **el paciente sufre una demencia**¹⁰³(ej. Alzheimer).

Si bien la presencia de una demencia, cuyo síntoma más evidente es la pérdida de memoria— no es por sí sola una razón para acceder a la petición de la terminación de la vida o del suicidio asistido, el día a día muestra que, para ciertas personas, el mero hecho de que un día sufrirán una demencia con todo lo que ello implica supone un menoscabo en su dignidad y, por lo tanto, una razón más que suficiente para plasmar en sus últimas voluntades esta posibilidad.

En estos casos, el médico solamente podrá practicarle la eutanasia si previamente a dicha situación el paciente redactó en sus voluntades anticipadas su deseo de que se le practicara la eutanasia llegado ese momento y si, además, el médico cree que, en su opinión y actuando con la diligencia debida, el paciente está experimentando un padecimiento insoportable y sin expectativas de que mejore.

2.2.3 MENORES DE EDAD Y NEONATOS

Por otro lado, en el otro extremo de la vida, la práctica de la eutanasia también plantea ciertos problemas y reticencias. Estamos hablando de los supuestos de menores y de recién nacidos.

¹⁰³ Netherlands Ministry of Foreign Affairs. International Information and Communication Department in cooperation with the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice. (2010). *Q & A Euthanasia: a guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.* (p.16), Recuperado desde <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/leieuhol.pdf>

Por una parte, en cuanto a la práctica de la eutanasia en **menores de edad**, la legislación holandesa admite la petición de eutanasia por parte del menor siempre y cuando éste sea mayor de 12 años (artículo 2 de la Ley de terminación de la vida bajo petición). No obstante, el consentimiento de los padres o tutores legales es obligatorio hasta los 16 años (artículo 2.4). A partir de los 16 años y hasta la mayoría de edad, no necesitan dicho consentimiento, pero los padres o tutores sí que deberán de estar implicados en el proceso de toma de decisión (artículo 2.3). De hecho, el artículo 2.2 de dicha Ley contempla la posibilidad de que el menor mayor de 16 años que no sea capaz de expresar su voluntad pero que previamente a alcanzar dicha condición gozaba de un entendimiento razonable de sus intereses y había puesto por escrito su petición para la terminación de su vida, en ese caso, el médico deberá actuar conforme a la voluntad del menor¹⁰⁴.

Por otra parte, en lo relativo a la eutanasia en **neonatos**, Holanda¹⁰⁵ fue pionera en esta práctica cuando, en el año 2005 la Facultad de Medicina de la Universidad de Groningen, junto con la Fiscalía holandesa, publicó el «**Protocolo Groningen**», documento en el que se contenían unas **recomendaciones a seguir por parte de los pediatras ante niños nacidos con graves problemas de salud y que experimentaban un sufrimiento insoportable que no podía aliviarse con los cuidados médicos**. Este informe fue ratificado por la Asociación Nacional de Pediatría holandesa quien, además, aconseja reelaborarlo e incluir más detalladamente las medidas a seguir.

En este informe se **regula el procedimiento a seguir para aplicar la eutanasia a recién nacidos dentro de los márgenes legales que consideran aceptables**. Se trata de una herramienta que se utiliza como un **instrumento de garantía de los médicos** frente a un posible enjuiciamiento. Para ello, se

¹⁰⁴ Otro país que también ha abordado esta cuestión ha sido Bélgica. De hecho, en febrero de 2014 despenalizó la eutanasia infantil, la cual se podrá practicar sólo bajo las siguientes circunstancias: (1) Que padezcan un sufrimiento físico insufrible —que no psíquico, caso que sí se contempla para la eutanasia en mayores de edad—; (2) Que su muerte esté próxima; (3) Autorización por escrito de sus padres; (4) Evaluación psicológica que confirme la capacidad de discernimiento del menor. Como puede observarse, la ley belga no establece ningún límite de edad, por lo que todos los menores pueden acogerse a ella.

¹⁰⁵ Moreno Villares, J.M. Galiano Segovia, M.J. (2005). *La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?* Madrid: Cuadernos de Bioética.

establecen una serie de **condiciones que deben darse** para que se pueda aplicar la eutanasia:

- 1) Que el recién nacido experimente un «pronóstico sin esperanza» (referido a una mala calidad de vida) y un «sufrimiento incontrolable»
- 2) Que el pronóstico sea confirmado al menos por otro médico
- 3) Que ambos padres den su consentimiento informado.

El Protocolo de Groningen se creó para poder tener unas pautas básicas ante los casos de niños recién nacidos adolecidos de espina bífida, enfermedad de pronóstico fatal en la que se produce un fallo de diversos órganos, provocando dolores insoportables y ahogos en el neonato. Una vez los padres decidían interrumpir el tratamiento porque no tenía ninguna esperanza de sobrevivir el recién nacido, se daba el caso de que éste no fallecía inmediatamente, por lo que los padres empezaron a pedir la eutanasia pues no soportaban ver el sufrimiento de su hijo. Ante esta circunstancia, los padres pedían aplicar la eutanasia al recién nacido.

Actualmente¹⁰⁶, **la Ley sólo permite que se lleve a cabo siempre y cuando** concurren las siguientes notas:

- **Que a tenor de la opinión médica, el sufrimiento del niño debe ser insoportable y no debe tener ninguna expectativa de mejora.** Esto significa que la decisión de no continuar con el tratamiento está justificada y que no hay ninguna duda sobre el diagnóstico y el pronóstico (se les debe de informar a los padres tanto sobre el diagnóstico como sobre el pronóstico);
- **Que tanto el médico como los padres deben estar convencidos de que no hay ninguna solución alternativa** dada la situación del niño.

En estos casos, los padres deben dar su consentimiento y al menos un médico independiente y ajeno al caso debe examinar al niño y dar una opinión

¹⁰⁶ Government of The Netherlands. (2015). *Euthanasia and newborn infants*. Recuperado desde <http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants>

escrita que confirme el cumplimiento de la diligencia debida que ha tenido lugar conforme al cumplimiento de las notas que se acaban de mencionar. El fin de la vida debe llevarse a cabo con toda la diligencia debida posible.

Sin duda, el caso de la eutanasia en menores de edad y, especialmente, en neonatos es uno de los temas más espinosos que se tratan en torno a la práctica de la eutanasia. Muy pocas legislaciones abordan esta cuestión, pero el análisis del caso holandés puede arrojar cierta luz en el tratamiento, tanto jurídico como médico, de esta situación tan compleja.

3. CANADÁ: LA SENTENCIA CARTER V. CANADA

3.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN

En Canadá la regulación de la eutanasia y del suicidio asistido quedaba reducida a la interpretación de dos preceptos del Código Penal canadiense (en adelante, CPCan), concretamente las Secciones 241 (b) y 14, de los cuales se permitía deducir que dichas actuaciones estaban prohibidas por la Ley.

Sin embargo, a pesar de que siempre ha habido cierta parte de la sociedad que reclamaba la legalización de dichos actos, **no ha sido hasta hace bien poco que las instituciones empezaron a considerar la posibilidad de eximir de responsabilidad a aquellos médicos que ayudasen a morir a aquellas personas que padecían enfermedades irreversibles cuyo su sufrimiento se veía prolongado durante un largo período de tiempo.** Por ejemplo, en el año 2011, la *Royal Society of Canada*¹⁰⁷ publicó un informe sobre la toma de decisiones al final de la vida y recomendó que se modificara el Código Penal canadiense con el fin de permitir la asistencia o ayuda para morir en algunos supuestos. En el mismo sentido, el *Quebec National Assembly's Select Committee on Dying with Dignity*{Comité especial de la Asamblea Nacional de Québec para el estudio de una muerte digna}emitió un informe¹⁰⁸ en el año 2012 en el que recomendaba

¹⁰⁷ Bajo el nombre *Royal Society of Canada* (RSC) se comprenden la Academia de las Artes, Humanidades y Ciencias. Creada en 1882, es el órgano colegial que engloba tanto a académicos como a artistas y científicos. Su principal objetivo es promover el aprendizaje y la investigación en todos sus campos. Para mayor información, consulte su página web: <http://www.rsc.ca/en>

¹⁰⁸ Quebec National Assembly's Select Committee on Dying with Dignity. (marzo 2012) *Dying With Dignity Report*. Assamblée Nationale Québec. Recuperado desde http://www.dyingwithdignity.ca/database/files/library/Quebec_death_with_dignity_report.pdf

algunas modificaciones en la legislación con el fin de reconocer la asistencia médica en el momento de la muerte como un cuidado adecuado dentro de lo que se engloba como “final de la vida”, lo que se tradujo en la actual *An Act respecting end-of-life care* {Ley de respeto a los cuidados durante el final de la vida}, a la espera de su entrada en vigor [§7].

Finalmente, el **6 de febrero de 2015** la *Supreme Court of Canada* (en adelante, TSCAN) declaró inconstitucionales los preceptos arriba mencionados, poniendo una vez más sobre la mesa el debate acerca de la legalidad o no de aquellas ayudas a morir que se prestan a los enfermos terminales y que padecen dolorosos y prolongados sufrimientos, como pudiera ser la eutanasia o el auxilio al suicidio.

Con el fin de ordenar las ideas con las que el TSCAN argumentó su posición respecto a estas situaciones y poder observar cuál es el verdadero *status quo* actual, a continuación pasamos a analizar aquellos puntos más importantes de dicha Sentencia.

El supuesto de hecho se basa en la demanda presentada por la ciudadana canadiense Gloria Taylor ante la *British Columbia Supreme Court* (en adelante, TSBC) en la que cuestionaba la constitucionalidad de los artículos Código Penal canadiense que prohibían la ayuda para morir¹⁰⁹.

3.2 PRECEPTOS OBJETO DE IMPUGNACIÓN

Lo que se dirime en el presente recurso es si la prohibición que establece el Código Penal canadiense a raíz de la interpretación conjunta de las Secciones 14 y 241(b) viola los derechos a la vida, libertad y seguridad de la persona recogidos

¹⁰⁹ El origen de esta Sentencia se remonta al año 2009, cuando se le diagnosticó a la canadiense Gloria Taylor la enfermedad neurodegenerativa esclerosis lateral amiotrófica (más conocida como ELA), cuyos síntomas y efectos son una progresiva debilidad muscular en la persona que lo padece, perdiendo en primer lugar la habilidad de sus manos y pies, para posteriormente la habilidad de caminar, masticar, tragar, hablar y, eventualmente, respirar. Así mismo, a esta petición se unieron, entre otros, la British Columbia Civil Liberties Association, y Lee Carter y Hollis Johnson, quienes ayudaron a morir a la madre de Hollis, enferma de estenosis espinal, trasladándola a la clínica suiza Dignitas, especializada en el suicidio asistido. Estos últimos, a la muerte de Gloria Taylor, asumieron la defensa principal de las peticiones de Gloria. Para conocer más profundamente cómo se sucedieron los hechos, consúltese los párrafos 11 – 18 de la Sentencia *Carter v. Canada*. Recuperada desde <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>

en las Secciones 1 y 7 de la *Canadian Charter of Rights and Freedoms*¹¹⁰ {Carta Canadiense de Derechos y Libertades} (en adelante, La Carta).

Concretamente, la **Sección 241(b) CPCan** establece:

«Every one who [...] (b) aids or abets a person to commit suicide, whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years».

{Todo aquél que [...] (b) ayude o incite a cualquier persona a cometer el acto de suicidio, se realice o no, será culpable de un delito grave y condenado a una pena de prisión de no más de 14 años.}.

La **Sección 14** del mismo Código, por su parte, establece:

«No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given».

{Ninguna persona puede consentir a que se le otorgue la muerte voluntariamente. Dicho consentimiento no exime a la persona que asiste en el suicidio aunque la otra persona haya consentido al mismo}.

¹¹⁰ La Carta Canadiense de Derechos y Libertades entró en vigor el 17 de abril de 1982. Se trata de una declaración basada en el *Rule of Law* y que forma parte de lo que se conoce como principios constitucionales (el *Rule of Law* vendrían a ser todos los principios que conforman el Estado de Derecho, lo cual incluye una existencia de derechos fundamentales básicos. Se trata de una de las fuentes del Derecho en los países del *Common Law*). De hecho, esta declaración se inserta en la Parte I de la Constitution Act (1982) cuyo artículo 34 establece que dicha parte se citará como la “Carta Canadiense de Derechos y Libertades. Para más información consulte: <http://www.pch.gc.ca/eng/1355260548180/1355260638531> y <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page-15.html>

De la redacción de ambos preceptos se deduce, tal y como expone la Sentencia [§20], la prohibición de ayudar a morir (sea eutanasia, sea ayuda al suicidio).

Por un lado, la **Sección 1** de La Carta afirma lo siguiente:

«The Canadian Charter of Rights and Freedoms guarantees the rights and freedoms set out in it subject only to such reasonable limits prescribed by law as can be demonstrably justified in a free and democratic society»;

{La Carta Canadiense de Derechos y Libertades garantiza los derechos y libertades establecidos en la misma, los cuales están sujetos solamente a las restricciones razonables prescritas por la ley y cuya justificación pueda demostrarse en una sociedad libre y democrática.}.

Por otro lado, la **Sección 7** de la misma declara:

«Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice».

{Todos tendrán derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona y nadie podrá atentar contra estos derechos, salvo cuando sea justificado por razón de los principios de justicia fundamental.}.

En base a estos preceptos, lo que plantea la Sentencia *Carter v. Canada* es cómo resolver jurídicamente el **conflicto entre la autonomía y dignidad de la persona**, que busca la muerte como respuesta a sus circunstancias médicas,

graves e irreparables, y la santidad de la vida y la necesidad de proteger a aquellas personas vulnerables.

3.3 RAZONAMIENTO DEL TRIBUNAL SUPREMO DE CANADÁ¹¹¹

El caso que se enjuicia plantea si la prohibición de una ayuda médica para morir basada en la Sección 241(b) del Código Penal canadiense viola los derechos recogidos en las Secciones 7 de la Carta o si es una actuación que queda amparada por la Sección 1 de la misma.

Para empezar, es necesario aclarar que a aquello a lo que se refiere por “suicidio médicamente asistido” tiene lugar cuando un médico, a petición del paciente, proporciona o administra una medicación que intencionalmente causa la muerte de éste.

Los recurrentes, en este caso, se plantean si la prohibición del suicidio médicamente asistido priva a aquellas personas mayores de edad con capacidad de obrar que sufren una condición médica irreversible y grave que les provoca una prolongación de su sufrimiento físico o psíquico intolerable, de sus derechos a la vida, libertad y seguridad recogidos en la Sección 7 de la Carta.

3.3.1 LA SECCIÓN 7 DE LA CARTA

Recordando lo dispuesto en la s.7 de la Carta: «Todos tendrán derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona y nadie podrá atentar contra estos derechos, salvo cuando sea justificado por razón de los principios de justicia fundamental».

Por lo tanto, para demostrar que existe una violación de este precepto, los recurrentes deben probar que, en este supuesto, por razón de los principios de

¹¹¹ Previamente al enjuiciamiento por parte del TSCAN, éste caso fue enjuiciado por el TSBC, quien declaró inconstitucional la prohibición recogida en el CPCan. No obstante, dicho fallo se recurrió ante el TABC —Tribunal de Apelación de la British Columbia— quien, en base a los pronunciamientos acaecidos anteriormente sobre el mismo tema, revocó la decisión de la *British Columbia Supreme Court*. Cabe recordar que, en los sistemas de *Common Law*, la jurisprudencia es fuente del Derecho y vincula a los tribunales.

justicia fundamental, está justificada la constitucionalidad del derecho al suicidio médicamente asistido.

En cuanto al **derecho a la vida**, el TSCAN considera que la prohibición a una muerte asistida por un médico tiene como consecuencia el efecto de que **algunas personas deciden acabar con su vida de manera prematura, por miedo a ser incapaces de hacerlo una vez hayan alcanzado el momento en el que el sufrimiento llega a ser intolerable**. En este sentido, hay que tener en cuenta, como ya hemos dicho anteriormente, que el concepto jurídico *vida* no sólo incluye la vida biológica, sino también la vida biográfica.

En cuanto al **derecho a la libertad y seguridad**, el TSCAN subraya la vinculación que estos derechos tienen en cuanto a la protección de la dignidad y autonomía del ser humano. Como bien recuerda el TSCAN, **la libertad protege**«*the right to make fundamental personal choices free from state interference*»{el derecho a tomar decisiones personales fundamentales de manera libre, sin la interferencia del Estado}, mientras que **la seguridad implica** «*a notion of personal autonomy involving [...] control over one's bodily integrity free from state interference*»{una noción de autonomía personal que implica [...] un control sobre la integridad de uno mismo ajeno a la interferencia del Estado}[§64].

En consecuencia, teniendo en cuenta todo ello, el TSCAN concluye **que la prohibición de una muerte asistida limitaba el derecho de la Sra. Taylor a la libertad y seguridad de su persona, puesto que ello interfería con «una decisión médica personal, esencial e importante»** y, como consecuencia de ello, se le imponía el padecimiento de dolores y estrés psicológica, así como **se le privaba de su control sobre su integridad corporal**.

Además, también considera que, a través de dicha prohibición, **las personas que padecen una enfermedad irreversible y grave se ven privadas de una oportunidad para elegir lo que podría ser muy importante para su propia concepción de dignidad e integridad personal**. No se debe olvidar que la tanto la dignidad como la integridad son aspectos subjetivos cuya concepción se basa en los valores y la experiencia vital de cada uno.

Es más, el TSCAN resalta lo **paradójico** de esta cuestión en cuanto la Ley permite, en este tipo de situaciones, que **el paciente puede solicitar los servicios**

de una sedación paliativa, rechazar los tratamientos de hidratación y nutrición artificial o incluso solicitar la retirada del equipo médico que le mantiene con vida; sin embargo, a estos mismos pacientes se les niega la solicitud de ayuda médica para morir, esto es, del suicidio médico asistido. Todo ello, argumenta el TSCAN, entra en conflicto con sus capacidades de tomar decisiones relativas a su integridad corporal y cuidados médicos por lo que, en esos casos, se ve coartada su libertad [§65].

3.3.2 ¿LA PROHIBICIÓN DEL CPCAN SE AMPARA EN LOS PRINCIPIOS DE JUSTICIA FUNDAMENTAL?

Si bien es cierto que, al menos, en el modelo de Estado social y democrático de derecho de los países objeto de este análisis se consiente la interferencia del Estado en la vida de la persona, en su libertad o seguridad, esta permisividad no implica que el Estado pueda atentar contra los **principios de justicia fundamental**.

A pesar de que la s.7 de la Carta no defina cuáles son esos principios de justicia fundamental en, la jurisprudencia del TSCAN sí los ha recogido y afirma que cuando se habla de “principios de justicia fundamental” se hace referencia al hecho de que **las leyes que atentan contra la vida, libertad o seguridad de la persona no deben ser arbitrarios, ni excesivos, ni tener consecuencias que sean desproporcionadas con su objeto.**

Esta afirmación significa lo siguiente:

- a) En cuanto a la **arbitrariedad** [§84]. —El objeto de prohibición de una muerte asistida por un médico es la protección de los vulnerables ante el fin de sus vidas en sus momentos de debilidad. El TSCAN considera que si bien es cierto que una prohibición total del suicidio asistido ayuda claramente a conseguir dicho objetivo, cabe tener presente que dichas limitaciones no deben realizarse de manera arbitraria y, ésta, es una de ellas.
- b) En cuanto a la **excesividad** [§86]. —Se plantea en el sentido de que la ley limita los derechos de tal manera que ésta acaba, al final, por no guardar ninguna relación con el objeto. El TSCAN considera que, por una parte, no toda persona

que desea suicidarse es vulnerable y, por otra, que puede haber gente con discapacidad que tenga un deseo persistente, racional y considerado en acabar con su propia vida. En consecuencia, la limitación de este derecho no está, al menos no siempre, conectada con el objetivo de proteger a la población vulnerable (ej., gente mayor, discapacitados o incapaces).

c) En cuanto a la **proporcionalidad** [§89 y 90]. —Los principios de justicia quedan afectados si el impacto en la restricción de la vida, libertad y seguridad del individuo es ampliamente desproporcional a la del objeto de la medida. El TSCAN considera que el impacto de la prohibición es muy grande, ya que impone un sufrimiento innecesario a las personas afectadas, privándolas de la capacidad de determinar qué hacer con sus cuerpos y cómo quieren que éstos se traten, y lo que puede provocar es que estas personas acaben con sus vidas más pronto de lo que desearían mientras sean capaces de obtener una ayuda médica para morir.

3.3.3 ¿LA PROHIBICIÓN DEL CPCAN SE AMPARA EN LA S.1 DE LA CARTA?

La s.1 de la Carta establece que ésta garantiza los derechos y libertades establecidos en la misma, los cuales están sujetos solamente a las restricciones razonables prescritas por la ley y cuya justificación pueda demostrarse en una sociedad libre y democrática.

En el apartado anterior se hacía referencia a la proporcionalidad. Pero es que la propia Carta, tal y como se puede deducir de su tenor literal, no llega hablar de «proporcionalidad», sino simplemente de «razonabilidad». Por lo tanto, no implica que el límite deba ser proporcional, sino simplemente «razonable».

En este caso, el TSCAN argumenta que para que los medios sean proporcionados a su fin, debe haber una conexión racional entre ellos, en el sentido de que estos últimos deben afectar lo menos posible a esos derechos ya limitados.

Ello implica que los límites que se imponen en los derechos deben establecerse por ley; además, esta limitación debe cumplir para un objetivo importante e imperioso, y los medios utilizados deben ser proporcionados a su fin. Para ello, debe haber una conexión racional entre los medios y los fines: los

medios escogidos para conseguir dicho objetivo deben afectar lo más mínimo posible a esos derechos limitados.

El TSCAN considera que un régimen menos restrictivo en el que no se prohíba totalmente el suicidio médico asistido podría obtener el mismo resultado que su prohibición absoluta ya que aquellas personas consideradas como vulnerables seguirían estando protegidas mientras que, al mismo tiempo, otra parte de la población podría acceder a la muerte asistida por un médico [§103-107; §116 – 120]

3.4 FALLO DEL TRIBUNAL SUPREMO DE CANADÁ

El TSCAN argumenta que **dichos preceptos del CPCan son nulos en cuanto prohíben el suicidio médico asistido en el proceso del fin de la vida en aquellas personas mayores de edad y con capacidad jurídica que claramente consienten en poner fin a su vida debido a unas condiciones médicas irreparables y dolorosas** (incluyendo tanto el padecimiento de una enfermedad como de una discapacidad), **lo que provoca un sufrimiento persistente y duradero que resulta intolerable para el individuo en las circunstancias en las que se encuentra.**

Finalmente, por todos los motivos que se acaban de mencionar, **el TSCAN declara inconstitucional la prohibición de toda ayuda médica en el proceso del fin de la vida que se infiere de la interpretación de las secciones 241(b) y 14 del CPCan, en tanto en cuanto vulnera los derechos recogidos en la s.7 de la Carta en relación con los principios de justicia fundamental;** actuación que, por otro lado, el TSCAN considera que **no puede ampararse en lo establecido en la s.1** [§126 y 127].

En la actualidad, esta sentencia ha provocado que el Parlamento canadiense se encuentre en trámites de modificar el CPCan para así subsanar dicha inconstitucionalidad.

CONCLUSIONES

1. El artículo 409 del antiguo Código Penal español no hacía ningún tipo de distinción entre eutanasia y homicidio, lo que provocaba que, en aquellos casos en los que la muerte del sujeto se hubiese llevado a cabo de acuerdo con la actuación descrita en el actual 143.4 CP, podían verse amparados en el estado de necesidad para eximir de responsabilidad al tercero que había participado o cooperado activamente en la causación de su muerte. Sin embargo, con la nueva redacción del artículo 143.4 CP, no parece viable dicha remisión ya que éste describe claramente dicha conducta y en estos supuestos el legislador le aplica simplemente una atenuación de la pena.

2. El artículo 143.4 CP protege el bien jurídico «vida». No obstante, el legislador olvidó la particularidad de que, en este caso, la vida del sujeto se protege en contra de su voluntad. Por lo tanto, podría decirse que aquí el Estado ofrece su versión más paternalista en cuanto interfiere en una esfera totalmente privada —porque ¿qué hay más privado que la vida de uno mismo?— en la que debería primar la autonomía y la dignidad de la persona, aspectos plasmados en lo que se denomina «disponibilidad de la propia vida».

3. La dignidad humana, contenida en el artículo 10.1 CE, implica que la persona pueda desarrollar su personalidad a través de la autodeterminación de su propia vida; para ello, el respeto por parte de los demás —incluyendo el Estado y la voluntad del legislador— es esencial. Y este respeto debería incluir las decisiones que uno tome respecto a su propia vida, incluyendo aquéllas que atañen al modo de enfrentarse a su fin.

4. Los presupuestos para poder subsumir la conducta al artículo 143.4 CP son:

- (1) La petición del enfermo;
- (2) El padecimiento de una enfermedad grave;
- (3) Una conducta activa por parte de un tercero.

Estos mismos requisitos son los que tienen lugar cuando un médico inicia un tratamiento de cuidados paliativos, incluyendo dentro de ellos la sedación

paliativa o terminal. Entonces, ¿qué diferencia hay entre una conducta y otra? ¿Por qué una es punible y otra no? Bajo mi punto de vista, se trata de dos caras de la misma moneda y lo que las puede llegar a distinguir —aunque no sea fácil en la vida real— es la intención: en el primer caso, la intención directamente es matar para acabar con el sufrimiento del sujeto pasivo que padece una enfermedad grave que conduce irremediabilmente a su muerte o graves padecimientos difíciles de soportar; en el segundo, la intención es aliviar el sufrimiento de aquél a pesar de que ello acorte la vida —teniendo en cuenta, para ello, la *lex artis* médica—.

Al final, el resultado es el mismo: la muerte deseada del titular del bien jurídico para poder poner fin a su sufrimiento persistente y/o enfermedad grave que le conduciría igualmente de manera irremediable a su muerte. La diferencia: la intención o dolo.

A pesar de los avances médicos y científicos y de la permanente evolución del estado de la técnica, en ocasiones el facultativo no tiene ninguna opción más para aliviar los síntomas refractarios del paciente, que siguen persistiendo a pesar de haberse practicado una sedación. Por todo ello, creo que debería tener lugar una despenalización de la eutanasia activa directa en tanto en cuanto se considere como el paso siguiente a los cuidados paliativos, no como una actuación arbitraria de cualquier tercero para acabar con la vida de otra persona.

5. Si en su día se optó por una opción intermedia en la redacción del artículo 143.4 CP, en la actualidad pienso que la sociedad española sí está preparada para un debate tan “vivo” como es la despenalización de la eutanasia.

Nuestro legislador podría seguir un razonamiento similar al realizado por el Tribunal Supremo de Canadá y, quizás, retomar la propuesta que en su día hizo IU-IC. En ella, aparecía el término “muerte digna” que es lo que, al final, están regulando actualmente las comunidades autónomas, esto es, un amparo legal para “facilitar”, “propiciar”, “permitir” una muerte digna y sin dolor.

A pesar de que la regulación autonómica pretende otorgar mayor seguridad jurídica a quienes se ven implicados en una situación como la que se describe en el presente trabajo, no es menos cierto que una regulación estatal, como la realizada en los últimos meses en Francia, sería lo más adecuado para dotarla de una mayor seguridad jurídica, pues garantizaría dichos derechos y obligaciones

tanto del personal sanitario, del enfermo como de sus allegados de manera uniforme en todo el Estado.

No obstante, dicha regulación debería incluir y ofrecer las garantías suficientes para que la conducta no estuviera movida por intereses económicos ni vengativos o similares. Podría, como el caso holandés, despenalizarse sólo cuando ésta fuera practicada por el personal médico y siguiendo un protocolo para tal efecto. Además, debería darse una mayor relevancia a las voluntades anticipadas ya que, a día de hoy, apenas se redactan y, además, se podría indicar en la tarjeta sanitaria para un mejor acceso de los facultativos en caso de necesidad (tal y como ha propuesto Francia en su nueva ley).

6. La eutanasia no debería tratarse solamente desde el punto de vista del Derecho penal. De hecho, no aparece ni en el propio artículo 143.4 CP. Así mismo, como ha podido comprobarse, se trata de un concepto que va más allá de un análisis jurídico, trasladándose el debate fuera de la esfera penal hacia ámbitos médicos, sociales, éticos, políticos e incluso religiosos. Por todo ello, considero que en este ámbito se infringe el principio de intervención mínima que rige en el Derecho penal, olvidándose su carácter de *ultima ratio*.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo de diagnóstico y certificación de la muerte

(Anexo 1 del Real Decreto 1723/2012)

ANEXO I (del RD 1723/2012)

Protocolos de diagnóstico y certificación de la muerte para la obtención de órganos de donantes fallecidos

1. Diagnóstico y certificación de muerte

El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basará en la confirmación del cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria o de las funciones encefálicas (muerte encefálica), conforme establece el artículo 9 del presente real decreto.

2. Diagnóstico de muerte por criterios neurológicos (muerte encefálica)

1. Condiciones diagnósticas.

Coma de etiología conocida y de carácter irreversible. Debe haber evidencia clínica o por neuroimagen de lesión destructiva en el sistema nervioso central compatible con la situación de muerte encefálica.

2. Exploración clínica neurológica.

a) El diagnóstico de muerte encefálica exige siempre la realización de una exploración neurológica que debe ser sistemática, completa y extremadamente rigurosa.

b) Inmediatamente antes de iniciar la exploración clínica neurológica, hay que comprobar si el paciente presenta:

1.º Estabilidad hemodinámica.

2.º Oxigenación y ventilación adecuadas.

3.º Temperatura corporal superior a 32°C, y en niños de hasta 24 meses de edad, superior a 35°C. Sin embargo, con el fin de mantener la estabilidad clínica durante la exploración, se recomienda una temperatura corporal superior a 35°C en todos los casos.

4.º Ausencia de alteraciones metabólicas y endocrinológicas, que pudieran ser causantes del coma.

5.º Ausencia de sustancias o fármacos depresores del sistema nervioso central, que pudieran ser causantes del coma.

6.º Ausencia de bloqueantes neuromusculares.

c) Los hallazgos fundamentales en la exploración neurológica son los siguientes:

1.º Coma arreactivo, sin ningún tipo de respuesta motora o vegetativa al estímulo algésico producido en el territorio de los nervios craneales; no deben existir posturas de descerebración ni de decorticación.

2.º Ausencia de reflejos troncoencefálicos (fotomotor, corneal, oculocefálicos, oculovestibulares, nauseoso y tusígeno).

3.º Ausencia de respuesta al Test de Atropina. Tras la administración intravenosa de 0,04 mg/Kg de sulfato de atropina no debe existir un incremento superior al 10% de la frecuencia cardíaca basal.

4.º Apnea, demostrada mediante el «test de apnea», comprobando que no existen movimientos respiratorios torácicos ni abdominales cuando la PCO₂ en sangre arterial sea superior a 60 mm de Hg.

d) La presencia de actividad motora de origen espinal espontánea o inducida, no invalida el diagnóstico de la muerte encefálica.

e) Condiciones que dificultan el diagnóstico clínico de muerte encefálica. Determinadas situaciones clínicas pueden dificultar o complicar el diagnóstico clínico de muerte encefálica, al impedir que la exploración neurológica sea realizada de una forma completa o con la necesaria seguridad. Tales condiciones son:

1.º Pacientes con graves destrozos del macizo craneofacial o cualquier otra circunstancia que impida la exploración de los reflejos troncoencefálicos.

2.º Intolerancia al test de apnea.

3.º Hipotermia (temperatura corporal inferior o igual a 32 °C).

4.º Intoxicación o tratamiento previo con dosis elevadas de fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central.

3. *Período de observación.*

El período de observación debe valorarse individualmente, teniendo en cuenta el tipo y gravedad de la lesión causante, así como las pruebas instrumentales realizadas.

Siempre que el diagnóstico sea exclusivamente clínico, se recomienda repetir la exploración neurológica según los siguientes períodos:

- a) A las seis horas en los casos de lesión destructiva conocida.
- b) A las veinticuatro horas en los casos de encefalopatía anóxica.
- c) Si se sospecha o existe uso de fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central, el período de observación debe prolongarse, a criterio médico, de acuerdo a la vida media de los fármacos o sustancias presentes y a las condiciones clínicas y biológicas generales del paciente.

Los períodos de observación reseñados pueden acortarse o incluso omitirse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas (ver apartado 4).

4. Pruebas instrumentales de soporte diagnóstico.

a) Desde un punto de vista científico, no son obligatorias, excluyendo las siguientes situaciones:

- 1.º Las referidas en el apartado 2.e.
- 2.º Ausencia de lesión destructiva cerebral demostrable por evidencia clínica o por neuroimagen.
- 3.º Cuando la lesión causal sea primariamente infratentorial.

Sin embargo, con el fin de complementar el diagnóstico y acortar el período de observación, sería recomendable la realización de alguna prueba instrumental.

En el caso particular de que la etiología causante del coma sea de localización infratentorial, la prueba instrumental a realizar debe demostrar la existencia de lesión irreversible de los hemisferios cerebrales (electroencefalograma o prueba de flujo sanguíneo cerebral).

b) El número y tipo de test diagnósticos instrumentales a utilizar debe valorarse de forma individual, atendiendo a las características particulares de cada caso y a las aportaciones diagnósticas de las técnicas empleadas. Las pruebas instrumentales diagnósticas son de dos tipos:

- 1.º Pruebas que evalúan la función neuronal:

a) Electroencefalografía.

b) Potenciales evocados.

2.º Pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral:

a) Arteriografía cerebral de los 4 vasos.

b) Angiografía cerebral por sustracción digital (arterial o venosa).

c) Angiografía cerebral mediante Tomografía Computerizada multicorte, con o sin estudio de perfusión cerebral.

d) Angiografía cerebral mediante Resonancia Magnética Nuclear.

e) Angiogammagrafía cerebral con radiofármacos capaces de atravesar la barrera hematoencefálica intacta.

f) Sonografía doppler transcraneal.

Para el diagnóstico de muerte encefálica y si así lo permiten los avances científicos y técnicos en la materia, se podrá utilizar cualquier otra prueba instrumental no incluida en la relación previa, siempre que acredite absoluta garantía diagnóstica.

5. Diagnóstico de muerte encefálica no complicado.

Ante un coma de causa conocida, y una vez excluida la existencia de situaciones que pudieran dificultar el diagnóstico clínico (apartado 2.e), un paciente que presente una exploración clínica de muerte encefálica y una prueba instrumental de soporte diagnóstico concluyente, puede ser diagnosticado de muerte encefálica, sin ser preciso esperar el período de observación a que hace referencia el apartado 3.

6. Diagnóstico de muerte encefálica en situaciones especiales.

En aquellas condiciones clínicas en las que existen circunstancias que dificultan o complican el diagnóstico clínico (apartado 2.e), cuando no haya lesión destructiva cerebral demostrable por evidencia clínica o por neuroimagen y cuando exista una lesión causal que sea primariamente infratentorial, además de la exploración neurológica deberá realizarse, al menos, una prueba instrumental de soporte diagnóstico confirmatoria.

7. Recién nacidos, lactantes y niños.

a) El diagnóstico clínico de muerte encefálica en recién nacidos, lactantes y niños se basa en los mismos criterios que en los adultos, aunque con algunas peculiaridades.

La exploración neurológica en neonatos y lactantes pequeños debe incluir los reflejos de succión y búsqueda. En neonatos, especialmente los pretérmino, la exploración clínica debe repetirse varias veces, ya que algunos reflejos del tronco pueden no haberse desarrollado o ser de incipiente aparición, lo que hace a estos reflejos muy vulnerables. A su vez, en los niños de hasta 24 meses de edad, la exploración clínica para el diagnóstico de muerte encefálica se realizará previa comprobación de que se cumple la exigencia de temperatura corporal especificada en el apartado 2.b.

b) Cuando se utilicen pruebas instrumentales de soporte diagnóstico en los niños, se tendrán en cuenta las peculiaridades técnicas de los mismos. Por tanto, las pruebas deberán ajustarse a la edad, a las condiciones clínicas y a los estándares y recomendaciones internacionales de las diferentes sociedades científicas.

c) El período de observación recomendado varía con la edad y con las pruebas instrumentales realizadas:

1.º Neonatos pretérmino: aunque no existen guías internacionalmente aceptadas, se recomienda un periodo de observación de 48 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas, y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

2.º Neonatos (desde la 37 semana de gestación hasta los 30 días de edad): 24 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

3.º Niños de más de 30 días hasta 24 meses de edad: 12 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

3. Diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios

1. Diagnóstico:

a) El diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios se basará en la constatación de forma inequívoca de ausencia de circulación y de ausencia de respiración espontánea, ambas cosas durante un período no inferior a cinco minutos.

b) Como requisito previo al diagnóstico y certificación de la muerte por criterios circulatorios y respiratorios, deberá verificarse que se cumple una de las siguientes condiciones:

1.º Se han aplicado, durante un periodo de tiempo adecuado, maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, que han resultado infructuosas. Dicho período, así como las maniobras a aplicar, se ajustarán dependiendo de la edad y circunstancias que provocaron la parada circulatoria y respiratoria. En todo momento deberá seguirse lo especificado en los protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada que periódicamente publican las sociedades científicas competentes. En los casos de temperatura corporal inferior o igual a 32°C se deberá recalentar el cuerpo antes de poder establecer la irreversibilidad del cese de las funciones circulatoria y respiratoria y por lo tanto el diagnóstico de muerte.

2.º No se considera indicada la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar en base a razones médica y éticamente justificables, de acuerdo con las recomendaciones publicadas por las sociedades científicas competentes.

c) La ausencia de circulación se demostrará mediante la presencia de al menos uno de los siguientes hallazgos:

1.º Asistolia en un trazado electrocardiográfico continuo.

2.º Ausencia de flujo sanguíneo en la monitorización invasiva de la presión arterial.

3.º Ausencia de flujo aórtico en un ecocardiograma.

Si así lo permiten los avances científicos y técnicos en la materia, podrá utilizarse cualquier otra prueba instrumental que acredite absoluta garantía diagnóstica.

2. Maniobras de mantenimiento de viabilidad y preservación:

a) Para iniciar el procedimiento de preservación será necesario que el equipo médico responsable del paciente haya dejado constancia escrita de la muerte, especificando la hora del fallecimiento.

b) En los casos en que sea necesaria la autorización judicial según lo especificado en el artículo 9.5 del presente real decreto, se procederá como sigue:

1.º En los supuestos contemplados en el párrafo 1.º del apartado 1.b), se podrán reanudar las maniobras de mantenimiento de flujo sanguíneo a los órganos y se realizará la oportuna comunicación al juzgado de instrucción sobre la existencia de un potencial donante.

Tras la respuesta favorable del juzgado o bien transcurridos quince minutos sin que éste haya notificado limitación alguna para su práctica, podrán iniciarse las maniobras de preservación. Previo al inicio de dichas maniobras, se procederá a la extracción de una muestra de sangre de 20 cc y si fuera posible, de 20 cc de orina y 20 cc de jugos gástricos (según el protocolo adjunto de cadena de custodia), que quedarán a disposición del juzgado de instrucción, así como cualquier otra muestra o dato que fuesen requeridos por éste. Posteriormente se procederá a iniciar las maniobras de preservación.

2.º En los supuestos contemplados en el párrafo 2.º del apartado 1.b) y antes del inicio del procedimiento, se comunicará al juzgado de instrucción la existencia de un potencial donante, informándole de las circunstancias del caso y se actuará individualmente, de acuerdo con las directrices establecidas por el citado juzgado.

3.º En los dos casos anteriores, se podrá proceder a la obtención de órganos, una vez obtenida la correspondiente autorización judicial, según lo establecido en el artículo 9.5 de este real decreto.

ANEXO II

TESTIMONIO MÉDICO

Previamente a esta entrevista a la Responsable de la Unidad del Dolor¹¹² de la Clínica IMQ Zorrotzaurre (Bilbao), se le ha leído el artículo 143.4 CP, el antiguo artículo 409 CP (1973) y la propuesta que en su día realizó el grupo parlamentario IU-IC.

1. Tras una primera lectura del artículo 143.4 CP. ¿Qué opinas al respecto? ¿Lo habías leído alguna vez?

La verdad es que no lo había leído nunca. Los médicos habitualmente hacemos lo que creemos que debemos hacer o lo que sabemos de lo estudiado en medicina pero no tenemos durante nuestra formación una asignatura que nos dirija desde el punto de vista legal, que nos diga lo que es correcto o incorrecto, cuándo nos encontraríamos en el límite de lo legal o en qué momento estamos cometiendo un delito.

Yo, por lo menos, actúo intentando hacer las cosas lo mejor que creo y, para ello obras en conciencia; evidentemente, la mayoría de veces, es la conciencia personal. Luego lees el artículo [del Código penal] y la verdad es que te quedas boquiabierto, porque te das cuenta que muchas actitudes terapéuticas que tomas podrían estar fuera de lo que para nosotros es legal y lo que para el Código penal es punible.

2. ¿Por qué dices eso?

En nuestro entorno, al menos en la Unidad del Dolor, con relativa frecuencia encontramos pacientes en fase muy avanzada de enfermedades oncológicas (por

¹¹² La unidad del dolor tiene por objeto el tratamiento del dolor. Una unidad de paliativos puede precisar una unidad del dolor para tratar el dolor, pero al igual que un traumatólogo la puede necesitar para tratar a un paciente. En ella, se trata tanto el dolor oncológico como otros tipos de dolores, sobre todo, el crónico osteoarticular o neuropático no maligno.

poner un ejemplo) en el que llega un momento que no puedes ofrecerle ningún tratamiento para mejorar su sufrimiento y sólo te queda ayudarles a dormir para que el último trance sea más dulce. [El País Vasco forma parte de aquellas comunidades autónomas en las que no existe una ley que regule la dignidad en el proceso de muerte]

Personalmente, como médico, me siento con la obligación de, si no puedo ofrecerle ningún tratamiento que mejore su calidad de vida porque los recursos terapéuticos para su enfermedad están agotados y está próxima su muerte, ofrecerle a él (si así lo ha manifestado en algún momento) o a su familia (si él no está en condiciones o no presenta la disponibilidad para hablar del tema), la posibilidad de poner un tratamiento para que esos últimos días u horas no sean angustiosos. Sabemos que en cuanto al paciente le quitamos esa capacidad “de pelea por vivir” se va a acortar de algún modo sus días o sus horas de vida y es lo que pagamos a cambio de la calidad de lo que le queda de vida.

Eso, tras haber leído el 143.4 CP te deja con una gran duda y es cualquiera que tenga ganas puede ¿denunciarme? Creo que el artículo que proponía IU en su momento estaría más ajustado a lo que realmente sucede en todos los centros hospitalarios, en muchas unidades de paliativos o incluso en casa; es decir, en mi opinión, el día a día va por delante de la ley (con el riesgo que eso conlleva).

El 143.4 CP va en detrimento de la calidad y muerte digna del paciente, porque puede haber muchos médicos que si conocen dicho artículo no van a arriesgar su carrera y su día a día por un paciente y pueden llegar a mirar hacia otro lado. En definitiva, una ley que no está adecuada a lo que la realidad exige puede llevar a que no hagas lo correcto (que lo correcto creo que es lo que hacemos día a día); pero la ley, con este artículo, no lo apoya.

3. Sobre los documentos de últimas voluntades, ¿os ayudan para tomar las decisiones?

La realidad es que si los pacientes han hecho algún documento de últimas voluntades, en la práctica clínica diaria no lo sabemos. Lo que ocurre es que el documento de últimas voluntades está diseñado para accidentes, enfermedades

graves en las que quieres evitar el ensañamiento terapéutico, pero en pacientes por ejemplo oncológicos (en los que, debido al entorno en el que me muevo, suele ser el más habitual en el que se practica una sedación terminal). Este último tipo son pacientes que siguen luchando por vivir y su voluntad no es dejar de intentar salir adelante ya que, en caso contrario, te la dicen y, en ese caso, se habla con anterioridad y se pacta con el propio paciente.

Esta situación se debe a que, en general, el paciente mantiene la esperanza de mejorar o no quiere hablar de ese tema. Me refiero a que es él quien evita deliberadamente el tema; por lo tanto, en este caso, las voluntades anticipadas estando el paciente consciente no tendría ningún valor, porque si él es consciente y quiere hablarlo, ya lo decide.

Por lo tanto, en la realidad, la mayoría de veces es el médico quien comparte con la familia las decisiones relativas sobre si sedar a alguien o no, para evitar que el paciente tenga que afrontar la decisión de “seguir o parar”. Es cierto que se trata de una actitud paternalista tanto por parte del médico como por parte de la familia, pero cuando el paciente llega al final y no afronta las preguntas, es decir, si no pregunta, tú, como médico, no le vas a contestar a lo que no pregunte, porque al final le estás haciendo daño.

Personalmente opino que el paciente sabe cuándo está muriéndose pero o bien no lo verbaliza o bien no quiere hablar del tema. Por eso, para no afectar más al paciente y no hacerle daño, no se le dice. Y, por otra parte, aquél que sí quiere hablar del tema lo pactas directamente con él (si puede verbalizarlo) o con la familia.

4. ¿Para ti que significa una muerte digna?

Para mí una muerte digna es sinónimo de una muerte dulce, en el sentido de que sea fácil para el paciente, que no sea más dolorosa de lo necesario para la familia y su entorno cercano (algo que, para ello también es necesario que sea estética); que tenga su grado de intimidad, de acercamiento para que se pueda

permitir vivir el cariño o amor que tiene esa persona en esas últimas horas o minutos.

5. ¿Y esto en el día a día cómo se hace?

En primer lugar, tomando decisiones definitivas con el paciente y la familia, si procede, y respondiendo a todas sus dudas.

Seguidamente, preparando un entorno amable, tanto por parte del personal sanitario como de su familia más cercana, el aseo o ambiente del lugar en el que se encuentre.

En tercer lugar, no aplicando tratamientos innecesarios. Por ejemplo, un paciente que está sedado, no tiene sentido que se le tome la temperatura o la tensión, ya que eso lo único que provoca es una mayor angustia a la familia. No se debe olvidar que estamos hablando de una fase en la que no hacemos otra cosa que aportarle sueño a ese momento.

Así mismo, se intentan aplicar las medidas básicas de bienestar para el paciente y la familia: proporcionar al paciente una postura, un aseo y un aspecto que pueda dejar a sus seres queridos un recuerdo digno de esos últimos momentos. Todo ello implica también evitar al máximo los tratamientos invasivos salvo que sean necesarios. Por ejemplo, si un paciente está obstruido puede precisar una sonda nasogástrica para evitar que al perder la conciencia comience a vomitar, permitirle llevar su pijama en el hospital...En definitiva personalizar la imagen, que sea si puede ser lo más dulce y lo menos desastrosa posible.

Finalmente, se debe proporcionar a la familia el apoyo (normalmente psicológico) que puedan necesitar en esos instante hasta que llega el desenlace: preguntas, estar por cerca, dudas, etc.

6. ¿Cómo afrontas la situación cuando es el paciente el que decide (la sedación terminal)?

Es muy duro. Nuestra educación no está hecha para hablar de la muerte, y mucho menos sobre la nuestra propia. Cuando un paciente tiene la capacidad y la fuerza moral y física de decirte “hasta aquí hemos llegado”, se nos encoge el corazón. Pero el compromiso es mayor incluso que cuando lo hablas con la familia. Hay que respetar los tiempos que el paciente marca y dada la dureza de la decisión hay que intentar “ponérselo fácil” en todos los ámbitos.

A pesar de ser muy duro, es muy gratificante porque el paciente se duerme muy en paz en todos los sentidos: con la familia, consigo mismo —es él quien controla la situación: él la decide, reuniéndose con la gente que quiere, en el entorno que

quiere, en el escenario que quiere —. Es decir, elige cómo morir y con quién y dónde. Y finalmente, cuándo.

ANEXO III

El caso de Ramón Sampedro

Ramón Sampedro¹¹³ padecía desde 1968 una tetraplejía postraumática con sección medular, lo cual suponía padecer una inmovilidad total de su cuerpo, salvo la cabeza. En 1993 inició su batalla en los tribunales para que éstos le autorizaran el suministro de los fármacos necesarios para aliviar sus sufrimientos físicos y psíquicos. Como no se los podía suministrar él mismo debido a sus condiciones físicas, Sampedro quería garantizar que aquellas personas que cooperaran con él en la acción de darse muerte a través de actos necesarios (es decir, realizaran la actuación tipificada en el artículo 143.4 CP) no serían perseguidas. Finalmente, la Audiencia Provincial de La Coruña desestimó la petición.

No obstante, Ramón Sampedro, en su empeño por acabar con su vida, murió el 12 de enero de 1998 tras ingerir cianuro disuelto en un vaso de agua, que bebió ladeando la cabeza y sorbiendo por una pajita, sin que las personas que cooperaron y le ayudaron pudieran ser identificadas.

¹¹³ Información obtenida de Barquín, Op. Cit., p. 194-197; Asociación federal Derecho a Morir Dignamente. Recuperado desde http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon_sampedro.html

ANEXO IV

Supuestos específicos relativos a la negativa de recibir tratamiento. Cuadro-resumen de la actuación médica

1. NIÑOS

Los casos más problemáticos a los que nos vamos a referir tienen que ver con el supuesto de que el representante legal del menor o incapaz¹¹⁴ se niegue a que éste sea tratado. Ante esta situación, la transfusión de sangre sería lícita debido al carácter de *garante de la salud del paciente* que tiene el médico. No obstante, esta actuación que se acaba de referir sólo tendrá lugar cuando el cuadro clínico sea urgente y grave; en caso contrario, el médico deberá abstenerse de realizar la transfusión y deberá ofrecer, si hubiera, otras alternativas¹¹⁵.

Sin embargo, tal y como recuerda el FJ5 de la STC 141/2000, «desde la perspectiva del art. 16 CE los menores de edad son titulares plenos de sus derechos fundamentales, en este caso, de sus derechos a la libertad de creencias y a su integridad moral, sin que el ejercicio de los mismos y la facultad de disponer sobre ellos se abandonen por entero a lo que al respecto puedan decidir aquellos que tengan atribuida su guarda y custodia o, como en este caso, su patria potestad, cuya incidencia sobre el disfrute del menor de sus derechos fundamentales se modulará en función de la madurez del niño y los distintos estadios en que la legislación gradúa su capacidad de obrar». Además, también debe tenerse en cuenta el reconocimiento al menor del derecho de autodeterminación en el ámbito asistencial sobre su propio cuerpo, siempre que ello no afecte en sentido negativo a la propia vida (STC 154/2002, FJ10).

El TS, con motivo de la muerte de un menor por negarse sus padres (y él mismo) a una transfusión de sangre, condenó a los padres por delito de homicidio

¹¹⁴ Cabe recordar que se hace referencia al menor de 16 años y que, en caso de que éste tenga entre 12 y 16 años, su opinión ha de ser oída.

¹¹⁵ Andreu Tena, E. (coord.) (2014) *Responsabilidad médica en la práctica clínica asistencial*. Madrid: ANARR Nuevo Siglo, SL, pp. 51-52

imprudente. Sin embargo, el TC revocó esta decisión razonando que por sus convicciones religiosas no les era exigible conducta distinta (STC 154/2002)¹¹⁶.

2. PRESOS

Volviendo al derecho a rechazar asistencia médica, merece la pena señalar el caso de las relaciones de especial sujeción con la Administración como es el supuesto de los presos. Concretamente, la cuestión se ha planteado en relación con las huelgas de hambre realizadas por los presos en los establecimientos penitenciarios.

Así pues, la STC 120/1990, de 27 de junio de 1990 consideró que la existencia de una relación de sujeción especial en la que la Administración actúa en posición de garante, así como la naturaleza de los motivos por los que se realizaba la huelga de hambre permitía forzar el tratamiento médico y la alimentación.

El TC mantiene esta postura argumentando el deber que tiene la Administración penitenciaria sobre los presos de garantizar su seguridad e integridad (art.4.2.a Reglamento Penitenciario) y, por otro, la habilitación legal de que dispone para imponer tratamientos (art. 210.1 Reglamento Penitenciario). Tal y como esgrime en su FJ7, «es oportuno señalar la relevancia jurídica que tiene la finalidad que persigue el acto de libertad de oponerse a la asistencia médica, puesto que no es lo mismo usar de la libertad para conseguir fines lícitos que hacerlo con objetivos no amparados por la Ley, y, en tal sentido, una cosa es la decisión de quien asume el riesgo de morir en un acto de voluntad que sólo a él afecta, en cuyo caso podría sostenerse la ilicitud de la asistencia médica obligatoria o de cualquier otro impedimento a la realización de esa voluntad, y cosa bien distinta es la decisión de quienes, hallándose en el seno de una relación especial penitenciaria, arriesgan su vida con el fin de conseguir que la Administración deje de ejercer o ejerza de distinta forma potestades que le confiere el ordenamiento jurídico; pues, en este caso, la negativa a recibir asistencia médica sitúa al Estado, en forma arbitraria, ante el injusto de modificar una decisión, que es legítima mientras no sea judicialmente anulada, o contemplar

¹¹⁶ Recogido por Andreu Tena, E. (coord.) (2014) *Responsabilidad médica en la práctica clínica asistencia*. Madrid: ANARR Nuevo Siglo, SL, pp. 51-52

pasivamente la muerte de personas que están bajo su custodia y cuya vida está legalmente obligado a preservar y proteger».

3. DEPENDENCIA DE TERCERAS PERSONAS

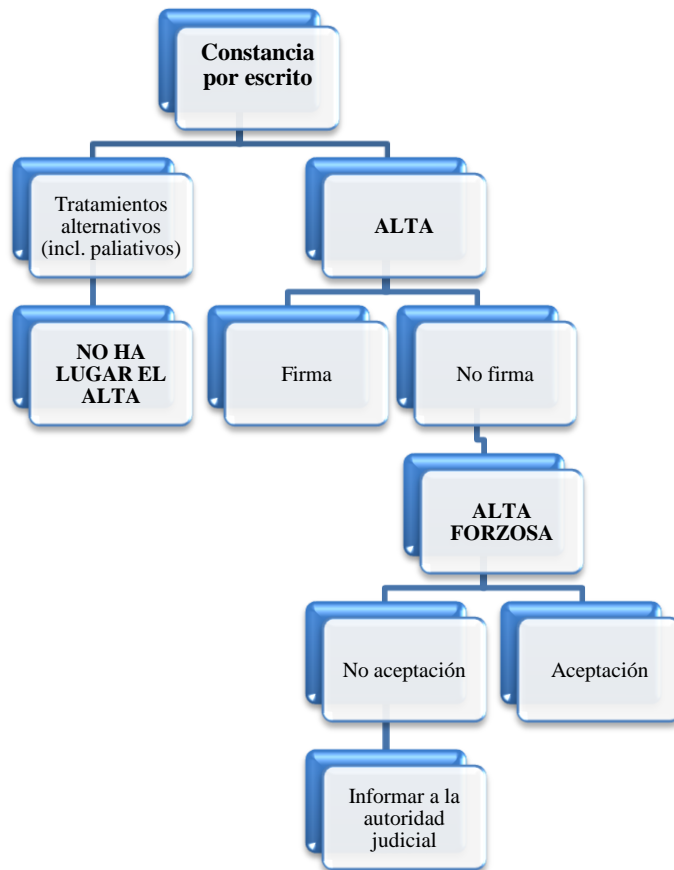
Aunque no está expresamente contemplado, puede darse el caso de que el rechazo a un tratamiento por voluntad del paciente quede limitado por su relación respecto a una tercera persona a la que, de no practicarse dicha intervención, quedaría desatendida o en peligro.

Un caso que tuvo lugar en España fue cuando en septiembre de 2006, un juez de Barcelona autorizó al hospital Vall d'Hebron la realización de una cesárea forzada a una mujer de Camerún que se negaba a ella a pesar de que tanto su vida como la de su hijo corrían peligro porque, según afirma la fuente, «los niños, en su país, nacen por la vagina y no por la barriga»¹¹⁷.

Por otra parte, un cuadro-resumen¹¹⁸ sobre el procedimiento a actuar por parte del facultativo en estos supuestos, sería el siguiente:

¹¹⁷ (20 de octubre de 2006). Un juez autoriza una cesárea forzada a una africana. *El Periódico de Catalunya*, p. 19, consultado en http://archivo.elperiodico.com/ed/20061020/pag_019.html?search_FechaDesde=20/10/2006&search_FechaHasta=20/10/2006

¹¹⁸ Andreu Tena, E. (coord.) (2014) *Responsabilidad médica en la práctica clínica asistencia*. Madrid: ANARR Nuevo Siglo, SL, p.52



ANEXO V

Vocabulario terminológico relativo a la sedación paliativa¹¹⁹

Enfermedad incurable avanzada. —Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.

Enfermedad terminal. —Enfermedad en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Situación de agonía. —La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

Obstinación o encarnizamiento terapéutico. —Consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o el uso de medios extraordinarios (nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía. Las causas de la obstinación pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda del enfermo y la familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica. Entre sus consecuencias, podemos destacar la frustración de equipos y enfermos, y la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos.

¹¹⁹ Fuentes: Porta i Sales, J., Bernades i Teixidó, S., Liras García, M., López Romboly, M. E., Lynn, F. (2013). *Guía Práctica de Sedación Paliativa*. Madrid: Enfoque Editorial, S.C., p. 11 – 23; Gómez Sancho, M. (2003). Módulo XI. Aspectos éticos docentes y organizativos en medicina paliativa. *Avances en cuidados paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria GAFOS, p.617-638

Sedación paliativa. —Administración deliberada de fármacos, en dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Sedación terminal. —Intención deliberada de inducir y mantener un sueño profundo, sin causar deliberadamente la muerte en circunstancias muy concretas las cuales son: para el alivio de uno o más síntomas intratables cuando otras posibles intervenciones han fallado y se valora al paciente próximo a la muerte.

Sedación en la agonía. —Representa el último recurso aplicable al enfermo para hacer frente a sus síntomas biológicos, emocionales o existenciales, cuando otros recursos terapéuticos hayan demostrado su ineffectacia. A diferencia de la eutanasia activa, en la que se busca deliberadamente la muerte inmediata, el objeto de la sedación en la agonía es conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida

El principio de doble efecto. —Por lo general, este principio se invoca en la sedación paliativa como consecuencia de que ésta si bien alivia el sufrimiento, también acelera la muerte. Algunos autores sostienen que dicho conflicto no es así, sino que se dirime entre el alivio del sufrimiento y la pérdida de consciencia.

Síntoma refractario. —Se considerará refractario cualquier síntoma físico o emocional que, tras haber valorado el estado general del paciente y el pronóstico de supervivencia, se llega a la conclusión de que: (1) No se consideran adecuados nuevos intentos de tratamiento debido a su baja eficacia o excesiva carga para el paciente (efectos secundarios, técnicas invasivas, malestar emocional añadido, entre otros); (2) No hay más opciones terapéuticas disponibles, en base a los conocimientos médicos actuales. No hay más opciones terapéuticas disponibles en el lugar de atención del paciente, y el traslado es vivido como un riesgo o una carga, o no deseado por el paciente (o la familia en caso de paciente incompetente); (3) La expectativa de supervivencia es tan corta que los posibles

tratamientos son considerados fútiles. El paciente no desea someterse a otros tratamientos; (4) en un paciente incompetente: la familia no ve adecuado someter al paciente a otros tratamientos.

Diferencias entre sedación y eutanasia¹²⁰:

	SEDACIÓN	EUTANASIA
INTENCIONALIDAD	El médico prescribe fármacos sedantes con la intención de aliviar el sufrimiento (síntoma refractario) del paciente frente a un(os) síntoma(s) determinado(s). Altera la conciencia del paciente buscando un estado de indiferencia frente al sufrimiento o amenaza que supone el síntoma. Cuando la sedación es profunda, el paciente pierde la consciencia (pero no tiene por qué ser así).	El objeto es provocar la muerte del paciente para aliviar sus sufrimientos. Elimina la vida física.
PROCESO	Se requiere el consentimiento del paciente. Debe existir una indicación clara y contrastada, así como una relación de los fármacos utilizados y sus dosis para poder evaluar posteriormente dicho proceso y, además, éste queda registrado en la historia clínica del paciente.	Se requiere el consentimiento del paciente. Se precisa de fármacos a dosis y/o combinaciones letales que garanticen una muerte rápida.
RESULTADO	Lo que se obtiene es el alivio del sufrimiento del paciente (hecho que se debe contrastar mediante un sistema evaluativo)	Lo que se obtiene es la muerte rápida e indolora

“Buena práctica” médica. —En la atención al final de la vida, podemos considerar buena práctica médica la aplicación de los objetivos (dignidad y calidad de vida), principios (atención integral de enfermo y familia), y métodos (control de síntomas, soporte emocional y comunicación, cambio de organización) de los cuidados paliativos. También la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación o encarnizamiento como el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida.

¹²⁰ Aspectos éticos de la Sedación en Cuidados Paliativos. Universidad de Navarra, p.5

ANEXO VI

CUADRO COMPARATIVO ENTRE PAÍSES

	ESPAÑA	FRANCIA (reforma 2015)	HOLANDA	CANADÁ
VOLUNTADES ANTICIPADAS OBLIGATORIAS	SÍ (art. 11.1 L 41/2002)	SÍ (art. 1111-11)	SÍ	---
INTERRUPCIÓN TRATAMIENTO SI NO PUEDE EXPRESAR SU VOLUNTAD	SÍ. A través del “representante” establecido en las voluntades anticipadas. Si no hay representante, se remite a la regulación autonómica.	SÍ. Se establece un orden: 1º la “persona de confianza” establecida en el documento de voluntades anticipadas; 2º familia o allegados (art. 1111-12)	DEPENDE DEL CASO: Si no ha nombrado representante en sus voluntades anticipadas: -Demencia: NO -Estado de semi-inconsciencia: el médico puede interrumpirlo bajo su criterio.	---
PROHIBICIÓN LEGAL ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO	NO En la legislación estatal; SÍ En la legislación autonómica.	SÍ Prohibición legal del ensañamiento terapéutico (art. 1110-5-1)	NO Se concibe como principio general de práctica médica, pero no está plasmado en la Ley.	---
SEDACIÓN PALIATIVA Y TERMINAL	SÍ	SÍ	SÍ	---
LEGALIZACIÓN EUTANASIA O AUXILIO AL SUICIDIO	NO	NO	SÍ	DECLARADA INCONSTITUCIONAL SU PROHIBICIÓN. A la espera de que el parlamento modifique su legislación.

ANEXO VII

ESQUEMA-RESUMEN SITUACIÓN LEGAL EN SUIZA¹²¹

Artículo 115 CP.
*Incitation et assistance
au suicide* {incitación y
suicidio asistido}

• *Celui qui, poussé par un **mobil égoïste**, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire*

• Todo aquél que, empujado por un **móvil egoísta**, incite a una persona al suicidio, o le haya prestado su ayuda para ello, será, tanto si el suicidio se consume como si sólo llega a ejecutarse, castigado con una pena privativa de libertad de hasta cinco años o a una pena pecuniaria.

Artículo 114 CP. *Meurtre
sur la demande de la
victime* {homicidio a
petición de la víctima}

• *Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.*

• Todo aquél que, dejándose llevar por un móvil honorable, especialmente piadoso, cause la muerte a una persona bajo una petición seria y apremiante será castigado con una pena privativa de libertad de hasta tres años o con una pena pecuniaria.

CONCLUSIÓN: la eutanasia activa indirecta no está permitida en Suiza, pero sí el suicidio asistido.

Los hospitales públicos no suelen realizar esta práctica. De hecho, a tenor de estos dos artículos, no se precisa necesariamente la asistencia de un médico. Son dos asociaciones las que se encargan de practicar el suicidio asistido a quienes así lo soliciten: **DIGNITAS** y **EXIT**.

EXIT	DIGNITAS
Capacidad de discernimiento: demandas racionales	Admite personas con cuadros depresivos
Sólo nacionales y residentes	Acepta a extranjeros
Gratuito: sólo pagas anualmente la cuota de la asociación	De pago: además del pago anual, hay un desembolso económico
Enfermedad incurable con desenlace fatal previsible	Se ha planteado la posibilidad de ayudar a todo aquél que quiera suicidarse, aunque no padezca ninguna enfermedad

¹²¹ Información extraída de: Nicolas, A. (18 diciembre 2012). En Suisse, l'aide au suicide plutôt que l'euthanasie. *Francetvinfo*. Recuperado desde http://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/en-suisse-l-aide-au-suicide-plutot-que-l-euthanasie_154365.html y Confédération suisse (2015). *Code pénal suisse*. Recuperado desde <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201501010000/311.0.pdf>

ANEXO VIII

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

1. ORIGEN¹²²

La ADMD tuvo su origen en una carta al director que escribió Miguel A. Lerma en el periódico *El País* el 11 de noviembre de 1983, quien, a raíz de un reportaje de dicho diario sobre la Asociación francesa para el Derecho a Morir con Dignidad, mostraba su interés en promover una asociación similar en el estado español. La carta, publicada bajo el título “El derecho a morir”, exponía las actividades de las asociaciones de todo el mundo que defienden el derecho a una muerte digna y la necesidad de crear una asociación semejante en España. A este llamamiento acudieron unas doscientas personas, que se pusieron en contacto entre ellas y crearon la “Asociación Derecho a Morir Dignamente”.

En noviembre de 1984, el Ministerio del Interior denegó la inscripción a la ADMD argumentando que sus fines contravenían el Código de Deontología Médica, ya que incurría en el delito de inducción al suicidio. La Asociación recurrió y alegó que el código deontológico sólo afectaba a un determinado colectivo profesional y que no tenía éste carácter normativo. Se recogieron firmas de apoyo entre personas conocidas de distintos ámbitos como eran el intelectual, juristas, médicos, actores, etc. así como de asociaciones a favor del derecho a morir de todo el mundo. Finalmente, el Ministerio del Interior inscribió a la ADMD el 13 de diciembre de 1984. Desde entonces, la legislación española ha llevado a cabo tímidos cambios legislativos, como pudiera ser la Ley General de Sanidad (1986), la reforma del Código Penal (1995), la repercusión mediática del caso de Ramón Sampederro, y la Ley de Autonomía del Paciente (2002).

Precisamente en el mes de junio de 2002, Miguel A. Lerma publicaba un artículo en la prensa bajo el titular “Cómo se fundó la DMD”, en la cual explicaba

¹²² Información extraída de: Asociación Derecho a Morir Dignamente (2014). Recuperado desde <http://www.eutanasia.ws/>

las razones por las que, en 1983, decidió escribir el artículo que dio pie a la construcción de la DMD:

«Las razones que me llevaron a principios de los 80 a promover en España la fundación de una asociación por el derecho a morir con dignidad son variadas. En 1980 vi padecer a mi madre una dolorosa agonía víctima de un cáncer de colon, en medio de la indiferencia de médicos y enfermeras frente a su sufrimiento. También desde un punto de vista filosófico me parecía a mí que, en una sociedad libre y tolerante, corresponde a cada uno de nosotros decidir cómo hemos de morir. Esto es particularmente claro para quienes como yo piensan que somos dueños de nuestra vida y de nuestro cuerpo. Sé, sin embargo, que esta filosofía no es compartida por todo el mundo, que hay quienes piensan que nuestro cuerpo y nuestra vida no nos pertenecen, que ambos son patrimonio de Dios u otro ‘ser superior’, o de la sociedad, o Estado, pero como dichas posiciones son indemostrables y pertenecen al terreno de las creencias no pueden imponerse a quienes no las comparten, y en cualquier caso no tienen por qué entrar en conflicto con una postura tolerante que respete las creencias y opciones de cada uno. En la medida que nadie esté obligado a disponer de su vida o de su cuerpo en una forma que contradiga sus creencias, no tiene por qué haber conflicto entre las distintas filosofías individuales de la vida y de la muerte, sólo habrá conflicto si se pretende imponer una filosofía personal a otros que no la comparten. Los principios de la futura asociación harían pues énfasis en la tolerancia y la libertad individual, de modo que nadie pudiera sentir amenazados sus principios y creencias personales.

Como primer paso, en 1983 decidí hacerme miembro de la veterana sociedad británica Voluntary Euthanasia Society (VES), y tras saber de la existencia de sociedades similares repartidas por todo el mundo comencé a solicitar información de todas ellas. Tras un primer periodo dedicado a ‘aprender’ y asimilar la información recibida, decidí que había llegado el momento de promover la creación de una sociedad similar en España. Pero, ¿cómo se crea una asociación nueva?

Lo primero era dar a conocer la iniciativa. A tal fin escribí en noviembre de 1983 una carta al director de El País en la que daba a conocer la existencia de este tipo de asociaciones en todo el mundo, su filosofía y sus reivindicaciones, dando al final un apartado de correos al que podía escribir gente interesada. En esa primera etapa recibí numerosas respuestas de personas que simpatizaban con la idea y ello permitió formar un primer grupo germinal de la futura asociación. También se mostró interesado Vicente Verdú, periodista de El País, quien me ofreció escribir un artículo que se publicó el 15 de enero del año siguiente. Dicho artículo generó una nueva oleada de respuestas».

2. LA ADMD EN LA ACTUALIDAD. OBJETIVOS, ACTIVIDADES

Actualmente, la organización “Derecho a morir Dignamente” es una asociación federal conformada por alrededor de unos 4000 socios provenientes de distintas asociaciones autonómicas. A su vez, la Asociación Federal Derecho a

Morir Dignamente forma parte de una federación mundial de más de un millón de ciudadanos.

Esta asociación sin ánimo de lucro, sus objetivos principales, recogidos en el artículo 2 de su estatuto, son:

- a) Promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, así como a elegir libre y legamente el momento y los medios para finalizarla.
- b) Defender, de modo especial, el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a, llegado el momento, morir pacíficamente y sin sufrimientos, si éste es su deseo expreso.

Así pues, para esta asociación su defensa principal es la libre disponibilidad que tiene la persona de su propia vida, lo que incluye la facultad de ésta para decidir sobre su propio devenir y llevar a cabo el final de su vida de acuerdo con su voluntad, sin estar sujeto a opiniones o directrices ajenas. Desde su punto de vista, el derecho a la vida —consagrado en el art. 15 de la Constitución española— lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones penosas. Para ellos, el Estado debe proteger la vida, pero no imponer el deber de vivir en todas las circunstancias.

Para poder alcanzar dichos objetivos, la AFDMD lleva a cabo las siguientes actividades:

- a) Difundir en la sociedad los fines de la Asociación, promoviendo una opinión pública favorable a los mismos.
- b) Influir políticamente para que se despenalice la eutanasia y el suicidio asistido
- c) Coordinar las actividades de todos sus miembros, sirviendo de nexo entre los mismos: jornadas de formación, debates, información sobre el funcionamiento de la Asociación, Boletín, etc.
- d) Atención personalizada al socio al final de su vida: asesoramiento sobre derechos de los pacientes (rechazo de tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico, testamento vital, sedación terminal), recursos asistenciales, guía de autoliberación, etc.

- e) Impulsar la creación de asociaciones autonómicas y grupos locales que se identifiquen con los fines de la Asociación.
- f) Cualquier otra actividad que, dentro del marco legal vigente, vaya encaminada a conseguir las metas de la Asociación.

Además, la AFDMD recoge en su página web [www.eutanasia.ws] multitud de documentos relacionados con la muerte digna que ayudan, a quien esté interesado, a esclarecer algunas dudas que el interesado en cuestión podría tener. Por ejemplo, recoge los distintos modelos de voluntades anticipadas dependiendo de cada comunidad autónoma, así como los requisitos e instrucciones para formalizarlas en cada una de ellas y su regulación. Asimismo, también se recogen casos que han tenido cierta repercusión mediática, noticias relacionadas publicadas en los periódicos y una recopilación de medios audiovisuales y sonoros (reportajes, películas, documentales, entrevistas...) en los cuales se reivindica y se ponen sobre la mesa las razones por las cuales se deberían tomar medidas por parte de las instituciones para realmente poder conseguir que todo el mundo pueda tener una muerte digna. Finalmente, también promueve la participación ciudadana, permitiendo adherirse el Manifiesto de Santander por una muerte digna.

«Todo ciudadano tiene derecho al alivio del sufrimiento al final de su vida mediante una asistencia paliativa de calidad respetuosa con sus valores y sus creencias, expresados en ese momento o de forma anticipada en el testamento vital (instrucciones previas o voluntades anticipadas). El paciente tiene derecho a recibir información veraz sobre su proceso de enfermedad, a rechazar un tratamiento, a limitar el esfuerzo terapéutico y a elegir entre las opciones disponibles, como la sedación terminal.

Por ello, manifestamos que es responsabilidad de los políticos:

- 1. Conocer de manera fehaciente cómo mueren los ciudadanos.*
- 2. Garantizar el libre ejercicio de estos derechos.*
- 3. Promover un debate sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido de personas que al final de su vida padecen, a pesar de los cuidados paliativos, un sufrimiento insoportable del que desean liberarse con todas las garantías legales.»*

La AFDMD también se puede encontrar en redes sociales como Facebook (facebook.com/afdmd), Twitter (twitter.com/afdmd) o Vimeo (vimeo.com/afdmd)

BIBLIOGRAFÍA

Para facilitar la búsqueda de fuentes bibliográficas del presente trabajo, se ha dividido la bibliografía según el capítulo en el que aparece la fuente. Dentro de éste, encontrará primero las monografías y manuales empleados, los artículos doctrinales (ya sea en formato papel o electrónico) y, finalmente, las páginas web divulgativas y artículos de prensa. Así mismo, se localiza en un apartado final toda la legislación, jurisprudencia y resoluciones que se ha utilizado.

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO I

Álvarez Gálvez, I. (2002). *La eutanasia voluntaria autónoma*. Madrid: Editorial Dykinson, S.L.

Gómez Tomillo, M., López-Ibor, J.J., y Gutiérrez Fuentes, J.A. (2008). *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*. Madrid: Unión Editorial

López Garrido, D., García Arán, M. (1996). *El Código penal de 1995 y la voluntad del legislador. Comentario al texto y al debate parlamentario*. Madrid: Eurojuris

Mendes de Carvalho, G. (2009). *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de legeferenda*. Granada: Editorial Comares, Estudios de Derecho Penal y Criminología.

Muñoz Conde, F. (2010). *Derecho Penal. Parte Especial*. 18ª Ed. Valencia: Tirant Lo Blanch

Núñez Paz, M.A. (2006). *La buena muerte: el derecho a morir con dignidad*. Madrid: Editorial Tecnos

Serrano Ruiz-Calderón, J.M. (2001). *Eutanasia y Vida dependiente*. 2ª Ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias

Tomás-Valiente Lanuza, C. (1999). *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Madrid: Centro de estudios políticos y constitucionales

Tomás-Valiente Lanuza, C. (2000). *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo C.P. (art. 143)*. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch

Toledano Toledano, J.R. (1999). *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*. Barcelona: Atelier

Juanatey Dorado, C. (mayo 2009) El tratamiento del suicidio en el ordenamiento jurídico penal español. *La Ley Penal* (60)

Roxin, C., Barquín, J., et al. (2001). *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada: Editorial Comares. Estudios de Derecho Penal

Diccionario de la Real Academia Española (22.^a ed.), consultado desde <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia>

Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la Real Academia Española*. 21^a Ed. Madrid: Real Academia Española

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO II

Alonso Álamo, M. (julio 2007). “La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico)”. *Revista Penal*, nº20

Andreu Tena, E. (coord.). (2014). *Responsabilidad médica en la práctica clínica asistencia*. Madrid: ANARR Nuevo Siglo, SL.

Comité de Ética de la Sociedad Española. (24 de abril de 2002). Consentimiento informado en Cuidados Paliativos. *Diario Médico*. Recuperado desde <http://www.unav.es/cdb/secpal3.html>

De Montalvo, F. (2009). *Muerte digna y constitución. Los límites del testamento vital*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Cátedra de bioética nº18.

Gómez Sancho, M. (2003). *Avances en cuidados paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria GAFOS.

Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León. (2015). *Definición de cuidados paliativos*. Recuperado desde

<http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=252&sel=269>

León-Castro Alonso, J. (2011). Derecho a la vida: ¿hacia una muerte digna? Breves reflexiones en torno a la Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Barcelona: Bosch

Ministerio de Sanidad (2007). *Estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud*. Recuperado desde

<http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

Porta i Sales, J., Bernades i Teixidó, S., Liras García, M., López Romboly, M. E., Lynn, F. (2013). *Guía Práctica de Sedación Paliativa*. Madrid: Enfoque Editorial, S.C.

Presno Linera, M.A. (coord.) (2011). Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias, Universidad de Oviedo – Área de Derecho Constitucional, Procura nº1.

Sociedad española de Cuidados Paliativos. (24 abril 2002). *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos*. Diario Médico. Recuperado desde <http://www.unav.es/cdb/secpal4.html>

(20 de octubre de 2006). Un juez autoriza una cesárea forzada a una africana. *El Periódico de Catalunya*, p. 19. Recuperado desde http://archivo.elperiodico.com/ed/20061020/pag_019.html?search_FechaDesde=20/10/2006&search_FechaHasta=20/10/2006

Asociación Derecho a Morir Dignamente (2014). Recuperado desde <http://www.eutanasia.ws/>

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO III

Catlin, A, Novakovic, R. (mayo-junio 2008). The Groningen Protocol: What Is It, How Do the Dutch Use It, And Do We Use It Here? *Pediatric Nursing: Pediatric Ethics, Issues, & Commentary* (34)(3). Recuperado desde

<http://www.sonoma.edu/users/c/catlin/Groningen%20Protocol.pdf>

Downey, J. (11 febrero 2015). In a Nutshell: The Supreme Court of Canada decision in Carter v. Canada. *Impact Ethics: Making a Difference in Bioethics*. Recuperado desde <http://impactethics.ca/2015/02/11/in-a-nutshell-the-supreme-court-of-canada-decision-in-carter-v-canada-attorney-general/>

Government of Canada. (2015). *Canadian Heritage: The Canadian Charter of Rights and Freedoms*. Recuperado desde

<http://www.pch.gc.ca/eng/1355260548180/1355260638531>

Gouvernement français. (2015). *Débat sur la fin de vie : ce qu'il faut savoir*. Recuperado desde <http://www.gouvernement.fr/fin-de-vie-ce-qu-il-faut-savoir-avant-l-ouverture-du-debat>

Government of The Netherlands. (2015). *Euthanasia, assisted suicide and non resuscitation on request*. Recuperado desde

<http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

Government of The Netherlands. (2015). *Is euthanasia allowed?*. Recuperado desde <http://www.government.nl/issues/euthanasia/is-euthanasia-allowed>

Government of The Netherlands. (2015). *Palliative sedation: a normal medical procedure*. Recuperado desde

<http://www.government.nl/issues/euthanasia/palliative-sedation-a-normal-medical-procedure>

Government of The Netherlands. (2015). *Euthanasia and newborn infants*. Recuperado desde <http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants>

Moreno Villares, J.M. Galiano Segovia, M.J. (2005). La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado? Madrid: Cuadernos de Bioética.

Netherlands Ministry of Foreign Affairs. International Information and Communication Department in cooperation with the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice. (2010). *Q & A Euthanasia: a guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*. Recuperado desde <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/leieuhol.pdf>

Royes i Qui, A. (agosto 2007). El suicidio médicamente asistido. *HUMANITAS: Humanidades Médicas*, (18), 1-14. Recuperado desde http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero18/articulo.pdf

The Royal Society of Canada. (2015). *The Royal Society of Canada*. Recuperado desde <http://www.rsc.ca/en>

Voor verantwoorde medische zorg. (2015). *The Royal Dutch Medical Association (KNMG)*. Recuperado desde <http://knmg.artsennet.nl/Over-KNMG/About-KNMG.htm>

Abellán, L. (12/02/2014). Bélgica aprueba la eutanasia infantil. *El País*. Recuperado desde http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/12/actualidad/1392224320_865641.html

Derville Tugdual (9 marzo 2015). Proposition de loi sur la fin de vie: vers la sédation pour tous ?. *Le Figaro*. Recuperado de <http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2015/03/09/31003-20150309ARTFIG00197-proposition-de-loi-sur-la-fin-de-vie-vers-la-sedation-pour-tous.php>

Leclair, A. (9 marzo 2015). Fin de vie: un débat passionnel. *Le Figaro*. Recuperado de <http://www.lefigaro.fr/assets/fin-de-vie/index.html>

Leclair, A. (12 marzo 2015). Pas d'euthanasie mais une «sédation» : l'adoption de la loi fin de vie divise. *Le Figaro*. Recuperado de <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/03/12/01016-20150312ARTFIG00169-pas-d-euthanasie-mais-une-sedation-l-adoption-de-la-loi-fin-de-vie-divise.php>

(19 julio 2012). *Euthanasia: Q and A The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act in practice*. Recuperado desde http://www.euthanasiecommissie.nl/Images/qa-euthanasie-engels-2011_tcm52-33857.pdf

(18 diciembre 2008). Mitos y realidades del suicidio asistido en Suiza. *Swissinfo: la actualidad suiza en 10 idiomas*. Recuperado desde <http://www.swissinfo.ch/spa/mitos-y-realidades-del-suicidio-asistido-en-suiza/7101634>

Nicolas, A. (18 diciembre 2012). En Suisse, l'aide au suicide plutôt que l'euthanasie. *Francetvinfo*. Recuperado desde http://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/en-suisse-l-aide-au-suicide-plutot-que-l-euthanasie_154365.html

RESOLUCIONES, LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA

Claeys, R., Leonetti, J. (2014). *Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti : créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*. Recuperado desde <http://www.elysee.fr/assets/Uploads/Rapport-et-proposition-de-loi-creant-de-nouveaux-droits-en-faveur-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie.pdf>

Confédération suisse (2015). *Code pénal suisse*. Recuperado desde <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201501010000/311.0.pdf>

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Oviedo, 4 de abril de 1997). Recuperado desde <http://www.unav.es/cdb/coeconvenccion.html>

Government of Canada (2015). *Justice Laws Website: Constitution Act, 1982*. Recuperado desde <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page-15.html>

Légifrance. (2015). *Loi n° n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Recuperado desde

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

Legifrance. (2015). *Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*. Recuperado desde

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121&dateTexte=&categorieLien=id>

Legifrance. (2015). *Code pénal*. Recuperado desde

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=2A4435E5C84786F8DFE0FDCEFB041C9E.tpdila24v_1?idSectionTA=LEGISCTA0000006165276&cidTexte=LEGITEXT0000006070719&dateTexte=20150502

Legifrance. (2015). *Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*. Recuperado desde

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>

Lexum collection. (2015). *Judgements of the Supreme Court of Canada: Carter v. Canada (Attorney General)*. Recuperado desde <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Recuperado desde http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/141-2002.html

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Recuperado desde http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/144-2003.html

Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. Recuperado desde http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/114-2007.html

Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte en Aragón. Recuperado desde http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ar-110-2011.html

Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía. Recuperado desde http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/an-12-2010.html

Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de dignidad de la persona en el proceso de muerte de Navarra. Recuperado desde http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/na-18-2011.html

Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. Recuperado desde http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A_132-01.PDF

Quebec National Assembly's Select Committee on Dying with Dignity. (marzo 2012). *Dying With Dignity Report*. Assamblée Nationale Québec. Recuperado desde http://www.dyingwithdignity.ca/database/files/library/Quebec_death_with_dignity_report.pdf

Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. Recuperado desde <http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/29/pdfs/BOE-A-2012-15715.pdf>

Resolución del Ararteko, de 27 de noviembre de 2013, por la que se pone fin a una actuación relativa al permiso para atender el cuidado de un familiar de primer grado por razones de enfermedad grave (expediente de queja nº 197/2013/20). Recuperado desde http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_3238_3.pdf

Sentencia de 9 de octubre de 2001. Asunto C-377/98, Países Bajos contra Parlamento Europeo y Consejo, Rec. 2001, p. I-7079. Recuperado desde <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:61998CJ0377&from=ES>

Tribunal Constitucional de España (2014). Buscador de jurisprudencia constitucional. Recuperado el 28 de octubre de 2014 desde <http://hj.tribunalconstitucional.es/>

(2011). *Código penal*. 17ª Ed. Madrid: Tecnos

(2011). *Estatut d'Autonomia de Catalunya*. Valencia: Tirant Lo Blanch

(2005) *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*. Recuperado desde

<http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/Holanda%20Ley%202002.pdf>